



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	João Amaro Braga		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	
RG	98012032329	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	009.610.813-41	PROFISSÃO	Dir. de Operações
ENDEREÇO	Rua Coronel João Correia, 3372		
BAIRRO	Bom Jardim	CEP	60543-325
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza - Ce		
FONES	85997002032 85988818365		
E-MAIL	jc527310@gmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 26 de março de 20 19.

João Amaro Braga
outorgante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, João Amaro Braga, Brasileiro(a),
Selteiro, Aux. de Operações, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 98012032329 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 009.610.813-41, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Coronel João Lencina, Nº 3372, Bom Jardim,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
 arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o
 de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 26 de março de 20 19.

João Amaro Braga

Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, João Amaro Braga, brasileiro(a),
Solteiro, Juiz de Operações, portador(a) do RG nº
98012032329, inscrito no CPF sob nº
009.610.813-41, residente e domiciliado no endereço
Rua Coronel João Carneiro, 3372 - Bom Jardim,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, 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 de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 26 de março de 2019.

João Braga

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, João Amaro Braga,
Brasileiro(a), Solteiro, Lúx de Operações, portador da cédula de Identidade Nº
98012032329 E CPF Nº 009.610.813-41, capaz,

nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Coronel João Correia, 3372 - Bom Jardim

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60543 - 325, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
fornecida.

Fortaleza, 26, de Março, de 2019.

João Amaro Braga
DECLARANTE



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>João Amaro Braga</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Coronel João Correia, 3372</u>		Profissão: <u>Diretor de Operações</u>
CPF nº: <u>009.610.813-41</u>	RG n: <u>98012032</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Bom Jardim</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60543-325</u>	Telefone: <u>85997002032</u> <u>85988818365</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 26 de março de 2019

João Amaro Braga

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 22

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2019100720

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 512 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **11/02/2019 16:05:39**Data / Hora da Ocorrência: **07/11/2018 23:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL**

Complemento:

Bairro: **MESSEJANA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOÃO AMARO BRAGA**Nascimento: **13/01/1985** CPF: **009.610.813-41**

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO****GENIVAL AMARO BRAGA**Endereço: **RUA CORONEL JOÃO CORREIA, 3372**Bairro: **GRANJA LISBOA**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99700-2032****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OSQ1942** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KC1650DR302248** Renavam: **535169426** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** AnoFabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO AMARO BRAGA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OSQ-1942 NA AV. PERIMETRAL QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA FREOU BRUSCAMENTE NA FRENTE DA VITIMA, QUE A VITIMA COLIDIU COM A REFERIDA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE DANDO ENTRADA NO DIA 08/11/2018. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 11/02/2019 16:11:54

Pág. 1 de 1

19 FEV. 2019 Impresso em: 11/02/2019 16:11:54

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

fls. 23

IPA
e
DAMS

NOME
JOAO AMARO BRAGA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
98012032329 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
009.610.813-41 13/01/1985

FILIAÇÃO
GENILVAL AMARO BRAGA

MARIA DO SOCORRO DE
JESUS AMARO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
05674218390

VALIDADE
14/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/12/2012

OBSERVAÇÕES

A ;

João Amaro Braga

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

58983541376
CE159940036

CEARÁ

Scanned by CamScanner

19 FEV. 2019

Nº DO CLIENTE

4500879

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

fls. 24

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

559751219

Rota 19 01250 28 346600 - 5

Data de Emissão 28/01/2019

Nome JOAO AMARO BRAGA

End. Postal RU CEL JOAO CORREIA 03372

BOM JARDIM - FORTALEZA - 60000000

Medidor 413715

Poste 0000 D90W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 009610813-41

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2019	28/01/2019	25/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Nov/2018 EUSD 40,93
Mês DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
138,48	27,00%	37,38

Padrão Individual Apuração Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DICFC	2,77			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8BE0.C3B7.E043.1071.86D9.D74B.D258.DA86

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Indiv.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 15392	15201	1,00	191	0,00	191	0,72584	138,48
28/01/19	27/12/18		32 DIAS		191		138,48

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
ODONTO ART - 3292-4444

VALOR (R\$)

138,48
10,10
22,90

VENCIMENTO

25/02/2019

TOTALA PAGAR (R\$)

171,48

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	51,44
Transmissão	5,48
Distribuição	29,30
Encargos Setoriais	7,85
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	44,41
TOTAL	138,48

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

157	191	174	171	156	158	154	140	147	148	140	156	154
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

MED Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun Mai Abr Mar Fev



DECLARAÇÃO



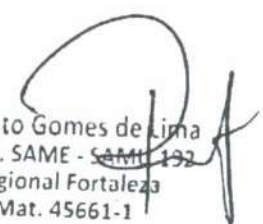
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **João Amaro Braga** - C.P.F. **009.610.813-41**, no dia **08/11/2018**, às **00h15min**, na **Avenida Presidente Costa e Silva**, no **Bairro São Cristovão**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P463784/2018**.

Fortaleza, 06 de dezembro de 2018.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

19 FEV. 2019



P-463784/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 85	PONTO DE APOIO: SEROT	Nº DA OCORRÊNCIA: 1238
DATA: 08/11/18	TURNO: Noite	EQUIPE: Camilo Silveira
NOME: João Amaro Braga	IDADE: 33	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua P-463784 - Costa e Silva 3357		
REFERÊNCIA:	BAIRRO: S. C. e Silva	
QTY: 00'10	QUS: 00'15	QUY: 00'40
QUU: 00'54		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

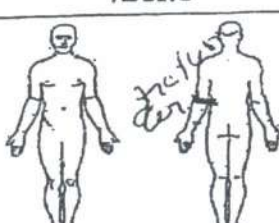
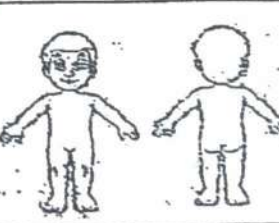
☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
---	-------------------------------------	------

A Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☐ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
	☐ BRADIPNEICO			
	☐ AGÔNICA/AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☐ NORMOCÁRDICO	☐ CHEIO	☐ CORADA	☐ SUDOREICA
	☐ TRAQUICÁRDICO	☐ FILIFORME	☐ PÁLIDA	☐ SECA
	☐ BRADICÁRDICO	☐ IMPALPÁVEL	☐ CIANÓTICA	☐ CUENTE
	☐ LOCAL:		☐ FRIA	

D Neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA ☐ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P)	☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
	À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL	☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)	☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4

PUPILAS:	☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
	☐ ALTERADAS

E Exatidão	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Pac. com fratura em M.E. com sangramento.	

SAMPLA

FC: 56	PA:	FR: 20	GLIC.:	OXIM.:	TEMP.:
--------	-----	--------	--------	--------	--------

19.FEV. 2019

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / CRM:

Paciente vítima de colisão moto/moto motociclista em
travessa de capote, nega síncope e deformidade
extremidade e sangramento no MSE de dor no
membro.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: **HAD**

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O-TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

TARIS I. TALOMAR TEIXEIRA

EM:

/

/

às

hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM:

/

/

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

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:

19 FEV. 2019

Scanned by CamScanner

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 01621199620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC5671.

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

fls. 28

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:27

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55001213 Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL, MÉDICO, CRM 13798 [1] Nº: 30406804 19/11/2018 às 09:18

IDENTIFICAÇÃO

Nº Atendimento 55001213 [1]
Nome Completo JOAO AMARO BRAGA [1]
Data De Nascimento 13/01/1985 [1]
Nome Da Mãe MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO [1]
Data Da Internação 19/11/2018 [1]

HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA

SINAIS VITAIS

FC 80 bpm [1]
FR 15 mrpm [1]

OUTROS DADOS E SINAIS

COMORBIDADES

DIAGNÓSTICO

CID Principal S531 LUXACAO DO COTOVELO NE [1]

PARECER DO ESPECIALISTA

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Plano Terapêutico INTERNA PARA REDUÇÃO CRUENTA [1]
Encaminhamento Do Paciente POSTO DE ENFERMAGEM. [1]



Av. Humberto Monte, 1440 – Parquelândia
CEP: 60450-000 CNPJ: 13.251.274/0001-03
(85) 3283-4784 / 98800.0778

Data do Acidente: 07/11/2018

Tipo de Tratamento:

Clinico ☐

Cirúrgico ☒

Data da internação: 19/11/2018

Nome da vítima do acidente:

JOÃO AMARO BRAGA

Nome do Hospital: ANTONIO PRUDENTE

Data da alta hospitalar: 20/11/2018

Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?
Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

NÃO

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima?

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDA, COM RECONSTITUIÇÃO DOS LIGAMENTOS.

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? justifique

SIM

Data da definição da(s) sequela(s)

11/02/2019

Descrição da sequela permanente com perda funcional causada pelo acidente do qual o segurado foi vítima:

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO COTOVELO ESQUERDA

DOR A MOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS + DIMINUIÇÃO DA FORÇA.

ALTA DEFINITIVA EM 11/02/2019.

Grau da definição da(s) sequela(s)

50%

19 FEV. 2019

Nome do médico responsável:

JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA

Assinatura e carimbo do médico:

Local: PORTALEZA - CE

Firma reconhecida do médico:

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5155 CPF: 228.775.923-91

Data: 11/02/2019.



ANTONIO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HAPFOR
NºPedido: 28607603

fls. 30

Data 27/12/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 16533875 JOAO AMARO BRAGA

Nascimento.: 13/01/1985 Sexo: M RG.: 98012032329 SSPDC CE CPF.: 00961081341

Endereco...: R CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA CE 60540; Tel.: 997002032

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57700000192005018

Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC

Queixa Principal:

LUXAÇÃO RECIDIVADA DE COTOVELO ESQ

Exame:

TC DO COTOVELO ESQUERDO.

!Zs4bB

5580176331

TÉCNICA: Exame realizado em cortes axiais e reconstruções multiplanares sem contraste venoso, que demonstrou:

ANÁLISE:

Discretos fragmentos ósseos no espaço articular rádio-capitular com osso doador ignorado.

Sinais de manipulação cirúrgica prévia na ulna e o úmero.

Demais partes ósseas de morfologia e textura normais.

Espaços articulares de amplitude preservada.

Aparente derrame articular.

Edema difuso no subcutâneo e acúmulo de líquido na fossa antecubital, estendendo-se proximalmente para os planos perimusculares, não se podendo excluir a possibilidade de lesão músculo-tendínea.

RAIMUNDO NOBERTO DE LIMA NETO - CRM 11966-CE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

09/01/2019 12:25

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 54772264

Prontuário: 16533875

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1]

Nº: 29985615 08/11/2018 às 00:45

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE COM RELATO DE COLISAO MOTO-MOTO, AS 22H DO DIA 08/11/2018, PRESENTA DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10

S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

PACIENTE COM RELATO DE COLISAO MOTO-MOTO, AS 22H DO DIA 08/11/2018, PRESENTA DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO [1]

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO [1]

CID10

S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

19 FEV. 2019

CONFERE CI PRONTUÁRIO

LEANDRO 22082
Assinatura



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
54772264



fls. 32

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

09/01/2019 12:33:33

Prontuário 16533875	Nome do Paciente JOAO AMARO BRAGA	Sexo M	Nascimento 13/01/1985	Idade 33
------------------------	--------------------------------------	-----------	--------------------------	-------------

RG 98012032329 SSPDC CE	CPF 961081341	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO
----------------------------	------------------	-----------------------	----------------------------

Endereço
R CORONEL JOAO CORREIA,3372 - BOM JARDIM, FORTALEZA(CE) CEP 60540282

Telefone Residencial 997002032	Telefone Trabalho
-----------------------------------	-------------------

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA MATRIZ	SIND.EMPRESAS TRANSP.PASSAGENS EST.CE 14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira 57700000192005018	Validade

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG	
Data 08/11/2018	Hora 00:41
Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente 39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	Clinica 6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)
	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE CI PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082
Assinatura

19/11/2018 11:52:33

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
CPF	Carteira Profissional	Estado Civil		
012032329 SSPDC CE	961081341	2-SOLTEIRO		

Endereço

CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA-CE CEP:60540282

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
997002032		MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

16800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
12/2018	11:48		

Médico Atendente

143473 PEDRO BARREIRA CABRAL

Clínica

6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

143473 PEDRO BARREIRA CABRAL

Tipo Atendimento

0 INTERNAÇÃO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano	SIND.EMPRESAS TRANSP.PASSAGENS EST.CE
2-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO

Carteira	Validade
7700000192005018	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	06

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
7003005	99996666	C90558686	INTERNAÇÃO
7003005	30719100	C90558686	FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO

ALERGIA

NEGA

RISCO QUEDA

NÃO

19/11/18
às
12:45mViviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 ENF



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
54858047



fls. 34

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

09/01/2019 12:34:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
98012032329 SSPDC CE	961081341		2-SOLTEIRO

Endereço
R CORONEL JOAO CORREIA,3372 - BOM JARDIM, FORTALEZA(CE) CEP 60540282

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
997002032	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57700000192005018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
12/11/2018	08:25		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
2132184 FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

T43DOC

U0396

09/01/2019 12:25:06

28.0022.00091

Data inicial: 10/12/2018

Atendimento: 54858047

Médico prescritor:

Data final: 09/01/2019

Prontuário:

Convenio:

Carteira:

☐ Atendimentos com alta administrativa

☐ Atendimentos liberados pela auditoria

☐ Atendimentos com pendências no prontuário

☐ Atendimentos liberados pela enfermagem

Consultar

PEP

Histórico

T3488

T43A8

Documentos

Atendimento

Prontuário

Nome do Paciente

Idade

Sexo

12/11/2018 08:25 - CONSULTA RETORNO

54858047

16533875

JOÃO AMARO BRAGA

13/01/1985

33A 11M 26D

Masculino

Pendências do Atendimento de Alta

Imp. por Tipo de Documento

Nome da Mãe

Nome do Pai

MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO

Tipos de documentos

1 Registros Médicos

12 Formulário de Atendimento na Emergência

7 Prescrição Médica

14 Receita Médica Especial

9 Receitas Médicas

10 Atestado Médico

11 Declarações

6 Pareceres Médicos

5 Solicitação de Parecer Médico

4 Admissão do Paciente

3 Evolução Médica

17 Exatidão de Informação Médica

Ver histórico de digitalizações

Visualizar

Imprimir Doc. Assinado

Data/Hora

Profissional

Situação

12/11/2018 11:16:44

ASSINADO

12/11/2018 08:40:21

FELIPE VERAS PEREIRA DE O

ASSINADO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 01621199620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC5675.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:26

Paciente:	JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.:	13/01/1985	Atendimento:	54858047	Prontuário:	16533875
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:		Leito:	/		
Profissional(is):	FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1] FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [2]			Nº:	30132579	12/11/2018	às 08:38

ANAMNESE

Queixa Principal	RETORNO DR FROTA - LUXACAO COTOVELO ESQ RX DE CONTROLE	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S531 LUXACAO DO COTOVELO NE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	RETORNO DR FROTA - LUXACAO COTOVELO ESQ RX DE CONTROLE	[2]
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S531 LUXACAO DO COTOVELO NE	[1]
CID10	S531 LUXACAO DO COTOVELO NE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 37

Página 1 de 1

09/01/2019 12:46

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 54858047	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [1]	Nº: 30141306 12/11/2018 às 11:16		

ANAMNESE	
Queixa Principal	TROCA DE TALA [1]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 0162119.996201998060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC5679.



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
55001213



fls. 38

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

09/01/2019 12:34:17

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98012032329 SSPDC CE	961081341		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CORONEL JOAO CORREIA,3372 - BOM JARDIM, FORTALEZA(CE) CEP 60540282				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
997002032				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57700000192005018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
19/11/2018	07:39		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Atendente			Clinica	
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
T43DOC
U0396
09/01/2019 12:25:08
28.0022.00091

Data inicial: 10/12/2018
Atendimento: 55001213
Médico prescritor:

Data final: 09/01/2019
Prontuário:
Convênio:

Carteira:
Atendimentos com alta administrativa
Atendimentos com pendências no prontuário

Consultar
Atendimentos liberados pela auditoria
Atendimentos liberados pela enfermagem

PEP
Histórico

T3488
T43A8

Documentos

Atendimento: 55001213
Prontuário: 16533975
Nome do Paciente: JOAO AMARO BRAGA
Dt Nascimento: 13/01/1985
Idade: 33A 11M 26D
Sexo: Masculino

19/11/2018 07:39 - CONSULTA TRAUMATOLOGO

Pendências do Atendimento de Alta
Imp. por Tipo de Documento
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO
Nome do Pai:

Tipos de documentos

1-1 Registros Médicos
2-2 Formulário de Atendimento na Emergência
7-7 Prescrição Médica
14-14 Receita Médica Especial
9-9 Receitas Médicas
10-10 Atestado Médico
11-11 Declarações
6-6 Pareceres Médicos
5-5 Solicitação de Parecer Médico
4-4 Admissão do Paciente
3-3 Evolução Médica
17-17 Solicitação de Internação Hospitalar

Ver histórico de digitalizações

Visualizar

Imprimir Doc. Assinado

Data/Hora
Profissional
Situação

19/11/2018 07:43:09
PEDRO BARREIRA CABRAL
ASSINADO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 40

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:17

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55001213

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1]

Nº: 30402340 19/11/2018 às 07:41

ANAMNESE

Queixa Principal PCT COM LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO [1]
CD: SOLICITO RX

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 43 DOR ARTICULAR [1]

CID10 M259 TRANST ARTICULAR NE [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral PCT COM LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO [1]
CD: SOLICITO RX

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 M259 TRANST ARTICULAR NE [1]

CID10 M259 TRANST ARTICULAR NE [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
55234876



fs. 41

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

09/01/2019 12:34:36

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98012032329 SSPDC CE	961081341		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CORONEL JOAO CORREIA,3372 - BOM JARDIM, FORTALEZA(CE) CEP 60540282				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
997002032				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57700000192005018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
29/11/2018	07:43		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
42739586 PAULO HENRIQUE SOUZA DE MELO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 01621199620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC5679.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
T43DOC
U0398
09/01/2019 12:25:06
28.0022.00091

Data inicial: 10/12/2018
Atendimento: 55234876
Médico prescritor:
Consultar

Data final: 09/01/2019
Prontuário:
Convenio:

Carteira:
☐ Atendimentos com alta administrativa
☐ Atendimentos liberados pela auditoria
☐ Atendimentos com pendências no prontuário
☐ Atendimentos liberados pela enfermagem

PEP
Histórico

T3488
T43A8

Documentos

Atendimento: 55234876
Prontuário: 16533875
Nome do Paciente: JOAO AMARO BRAGA
Dt Nascimento: 13/01/1985
Idade: 33A 11M 26D
Sexo: Masculino

29/11/2018 07:43 - CONSULTA RETORNO

Pendências do Atendimento de Alta
Imp. por Tipo de Documento
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO
Nome do Pai:

Tipos de documentos

1-1 Registros Médicos
1-2 Formulário de Atendimento na Emergência
7 Prescrição Médica
14 Receita Médica Especial
9 Receitas Médicas
10 Atestado Médico
11 Declarações
6 Pareceres Médicos
5 Solicitação de Parecer Médico
4 Admissão do Paciente
3 Evolução Médica
17 Continuação da Evolução Médica

Ver histórico de digitalizações

Visualizar
Imprimir Doc.Assinado

Data/Hora
Profissional
Situação

29/11/2018 08:57:56
ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO
ASSINADO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:19:56

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55234876 Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1
Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1] Nº: 30815770 29/11/2018 às 07:57
PAULO HENRIQUE SOUZA DE MELO CRM 12215 [2]

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA DO COTOVELO E POLEGAR A ESQUERDA	[2]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR ARTICULAR	[2]
CID10	M65 SINOVITE E TENOSSINOVITE	[2]
Alergias	Não	[2]
Medicação Em Uso	Não	[2]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[2]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	FRATURA DO COTOVELO E POLEGAR A ESQUERDA	[1]
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[2]

DIAGNÓSTICO

CID10	M65 SINOVITE E TENOSSINOVITE	[2]
CID10	M65 SINOVITE E TENOSSINOVITE	[2]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 44

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:14

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55234876 Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1
Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1] Nº: 30817693 29/11/2018 às 08:47

ANAMNESE

Queixa Principal LUXACAO / INSTABILIDADE DE COTOVELO ESQUERDO REALIZADO OLECRANIZAÇÃO COM FIO DE K 3,0 MM [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S531 LUXACAO DO COTOVELO NE [1]

99 [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral LUXACAO / INSTABILIDADE DE COTOVELO ESQUERDO REALIZADO OLECRANIZAÇÃO COM FIO DE K 3,0 MM [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S531 LUXACAO DO COTOVELO NE [1]

CID10 S531 LUXACAO DO COTOVELO NE [1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 45

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:19

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55234876

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

Profissional(is):

Nº: 30820788 29/11/2018 às 09:53



09/01/2019 12:34:53

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98012032329 SSPDC CE	961081341		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA-CE CEP:60540282				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
997002032		MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMBI			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
20/12/2018	13:35		
Médico Atendente			Clinica
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA			5 PQA (CENTRO CIRURGICO)
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	SIND.EMPRESAS TRANSP.PASSAGENS EST.CE
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57700000192005018		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
123456	30710022	C92107544	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS
123456	30730074	C92108684	FASCIOTOMIA
123456	30713064	C92108691	MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55700572 Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: S-10/1

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1] Nº: 31661705 20/12/2018 às 15:28

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Cirúrgico	S53	[1]
-----------------------	-----	-----

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	20/12/2018	[1]
------------------	------------	-----

Hora Da Cirurgia	15:30	[1]
------------------	-------	-----

Cirurgia	RETIRADA	[1]
----------	----------	-----

Cirurgião	THIAGO	[1]
-----------	--------	-----

Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA LOCO REGIONAL ASSEPSIA E ANTISSEPSIA APOSIÇÃO DE CAMPOS FASCIOTOMIA RETIRADA DE FIOS MANIPULAÇÃO CURATIVO	[1]
---------------------	---	-----

Códigos Dos Procedimentos	30710022 RETIRADA 30730074 FASCIOTOMIA 30713064 MANIPULAÇÃO	[1]
---------------------------	---	-----

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

09/01/2019 12:29

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente:	JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.:	13/01/1985	Atendimento:	55700572	Prontuário:	16533875
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA	Leito:	S-10/1		
Profissional(is):	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1]			Nº:	31661839	20/12/2018	às 15:31

DIAGNÓSTICOS

CID10	S53 LUXACAO ENTORSE DISTENSAO ARTIC LIG COTOVEL	[1]
Plano Terapêutico	RETIRADA	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 49

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55700572

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: S-10/1

SINAIS VITAIS

T	36 °C	[1]
Pulso	68 bpm	[1]
PA	135X80	[1]
FC	68 bpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2	98 %	[1]
--------	------	-----

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	20/12/2018	[1]
Hora	15:56	[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	AS 15:10 PCTE J.A.B. MASC ENCAMINHADO A SALA 02 DO CC PARA PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE FIO DE K EM MSE COM DR THIAGO SOB ANESTESIA SEDAÇÃO COM DR:ROBERTO. PCT VEIO CONSCIÊNTE, ORIENTADO EUPNEICO, DEAMBULANDO. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. PROCED SEM INTERCORRÊNCIAS. PCT ENCAMINHADO A SRPA.	[1]
------------	--	-----

Incisão Cirúrgica

BRAÇO E

[1]

PÓS-OPERATÓRIO

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

pfs. 50

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55700572

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: S-10/1

Profissional(is): ANA PATRICIA BRAGA BERNARDO FREITAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 31662652 20/12/2018 às 15:51
COREN 1289618 [1]

PACIENTE

Data De Admissão 20/12/2018 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia ELETIVA. [1]

Data Da Cirurgia 20/12/2018 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto RETIRADA DE FIO DE K [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição [1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento TATIANE [1]

Hora 15:10 [1]

Sala 02 [1]

Condições Da Pele ao inicio da cirurgia COM CURATIVO [1]

Inicio Da Anestesia 15:15 [1]

Término Da Anestesia 15:30 [1]

Inicio Da Cirurgia 15:18 [1]

Término Da Cirurgia 15:28 [1]

Circulante PATRICIA E TATIANE [1]

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL. [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado BRAÇO E [1]

Numero Inicial De Compressas 0 UD [1]

Contagem Final De Compressas 0 UD [1]

Clorexedine Alcoólico Sim [1]

Clorexedine Degermante Sim [1]

Álcool Sim [1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia COM CURATIVO SIMPLES [1]

Grau De Contaminação LIMPA. [1]

Encaminhamento Do Paciente SRPA. [1]

Encaminhamento Do Paciente [1]

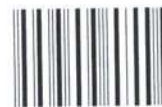
Horário De Saida Da S.O 15:35 [1]



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
55801763



fls. 51

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

09/01/2019 12:35:07

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98012032329 SSPDC CE	961081341		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CORONEL JOAO CORREIA,3372 - BOM JARDIM, FORTALEZA(CE) CEP 60540282				
Telefone Residencial		Telefone Trabalho		
997002032				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57700000192005018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
27/12/2018	08:42		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Atendente			Clinica	
2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO			6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1,10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 01621199620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC567E.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
T43DOC
U0398
09/01/2019 12:25:06
29.0022.00091

Data inicial: 10/12/2018
Atendimento: 55801763
Médico prescritor:
Consultar

Data final: 09/01/2019
Prontuário:
Convênio:

Carteira:
☐ Atendimentos com alta administrativa
☐ Atendimentos liberados pela auditoria
☐ Atendimentos com pendências no prontuário
☐ Atendimentos liberados pela enfermagem

PEP
Histórico

T3488
T43A8

Documentos

Atendimento: 55801763
Prontuário: 16533875
Nome do Paciente: JOAO AMARO BRAGA
Dt Nascimento: 13/01/1965
Idade: 33A 11M 26D
Sexo: Masculino

Pendências do Atendimento de Alta
Imp. por Tipo de Documento
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO
Nome do Pai:

Tipos de documentos

1 Registros Médicos
12 Formulário de Atendimento na Emergência
7 Prescrição Médica
14 Receita Médica Especial
9 Receitas Médicas
10 Atestado Médico
11 Declarações
6 Pareceres Médicos
5 Solicitação de Parecer Médico
4 Admissão do Paciente
3 Evolução Médica
17 Declaração de Responsabilidade Médica

Ver histórico de digitalizações

Visualizar

Imprimir Doc. Assinado

Data/Hora
Profissional
Situação

27/11/2018 09:49:34
ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO
ASSINADO

27/11/2018 08:58:27
PENDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 53

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:00

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55801763	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [1]		Nº: 31887586	27/12/2018 às 08:57

ANAMNESE

Queixa Principal REVIAO DE LUXACAO DE COTOVELO [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 43 DOR ARTICULAR [1]

CID10 M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS [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 M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS [1]

CID10 M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:18

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55801763	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1]	Nº: 31890008 27/12/2018 às 09:47		

ANAMNESE

Queixa Principal

REVISAO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVADA DE COTOVELO ESQUERDO
SOLICITO TC DE COTOVELO ESQUERDO PARA AVALIAR CONGRUENCIA ARTICULAR

[1]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 0162119.99620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC567E.



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
55916563



fls. 55

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

09/01/2019 12:35:21

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98012032329 SSPDC CE	961081341		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CORONEL JOAO CORREIA,3372 - BOM JARDIM, FORTALEZA(CE) CEP 60540282				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
997002032				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57700000192005018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
03/01/2019	08:45		4 CONSULTA RETORNO	
Médico Atendente			Clinica	
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 01621199620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC567E.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

T43DOC

U0386

09/01/2019 12:25:06

29.0022.00091

Data inicial: 10/12/2018

Atendimento: 55916563

Médico prescritor:

Consultar

Data final: 09/01/2019

Prontuário:

Convênio:

Carteira:

Atendimentos com alta administrativa

Atendimentos com pendências no prontuário

Atendimentos liberados pela auditoria

Atendimentos liberados pela enfermagem

PEP

Histórico

T3488

T43A8

Documentos

Atendimento

Prontuário

Nome do Paciente

Dt Nascimento

Idade

Sexo

03/01/2019 08:45 - CONSULTA RETORNO

55916563

16533875

JOAO AMARO BRAGA

13/01/1985

33A 11M 26D

Masculino

Pendências do Atendimento de Alta

Imp. por Tipo de Documento

Nome da Mãe

Nome do Pai

MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO

Tipos de documentos

1-1 Registros Médicos

1-2 Formulário de Atendimento no Emergência

7 Prescrição Médica

14 Receita Médica Especial

9 Receitas Médicas

10 Atestado Médico

11 Declarações

6 Pareceres Médicos

5 Solicitação de Parecer Médico

4 Admissão do Paciente

3 Evolução Médica

17 Exatidão da Informação Médica

Ver histórico de digitalizações

Visualizar

Imprimir Doc.Assinado

Data/Hora

Profissional

Situação

03/01/2019 10:03:45

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

ASSINADO

03/01/2019 08:57:34

PEDRO BARRERA CABRAL

ASSINADO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 016221199620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01622119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC5680.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 10:31

Paciente:	JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.:	13/01/1985	Atendimento:	55916563	Prontuário:	16533875
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:		Leito:	/		
Profissional(is):	ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1] PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [2]			Nº:	32144411	03/01/2019	às 08:57

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT DR ANDRE
Queixa Principal	
Diagnóstico Inicial	43 DOR ARTICULAR
CID10	M259 TRANST ARTICULAR NE
Alergias	Não
Medicação Em Uso	Não
Antecedentes Patológicos Familiar	Não

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	PCT DR ANDRE
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANST ARTICULAR NE
CID10	M259 TRANST ARTICULAR NE

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 14:31

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55916563	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1]		Nº: 32148025	03/01/2019 às 10:02

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 0162119-96.2019.8.06.0001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC5680.

NOTA DE SALA

Atendimento:	55013423	Prontuário:	16533875	JOAO AMARO BRAGA	45364	
Cirurgia(s) :	30719100	FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO			HAPVIDA MATRIZ	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 03	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Tipo Anestesia:	GERAL VENOSA	
Equipe Médica:	CIRURGIAO			Apto.:	1017	
	ANESTESISTA	3184358	ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO	CRM	11538	
	CIRCULANTE	72001	ROMANA F M BELLO DE CAMPOS	CRM	52839809	
	CIRCULANTE	3124894	JACQUELINE BARBOSA PERERIRA	COREN	852463	
	SEGUNDO(A) CIRCULANTE	3760502	PAULO VICTOR DE SOUSA TOME	COREN	1292709	

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
	Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos	
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2.5 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL13X4.5 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	3	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	43290	RINGER C/LACTATO 500ML TUBO 500 ML	2
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	45233	XYLOCAINA CIAD 2% FRAP 20 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	4	45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	3			
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	1			
30210	CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250			
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	2	19	Gases / Aparelhos	
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	4	TAXA DE SALA	Início: 17:10 Fim: 17:30
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50	20	TREPANO	Início: 17:10 Fim: 17:30
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	2	15	OXIGÊNIO	Início: 17:10 Fim: 17:30
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5	22	BISTURI ELÉTRICO	Início: 17:10 Fim: 17:30
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	4		OXIMETRO DE PULSO	Início: 17:10 Fim: 17:30
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	2			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	1			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	80			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	80			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
0856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	3			
0864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1			
0872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
0881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
47256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

ANTONIO PRUDENTE

ASA

LÍQUIDOS		em
		19.

[illegible]

DROGAS		EVENTO
1 X-Metoprolol 50mg IV	9 1) Metoprolol 50mg IV	A
2 + Oximetolol + PAZ +	10	B
3	11 5) Midazolam 2mg	C
4 1) O2 100% O2 / min	12	D
5	13	E
6 4) Fentanyl 50mcg IV	14	F
7	15	G
8 2) Propofol 100mg IV	16	H
9	17	I
10	18	.

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	J			
					Entubação:	Oro	Naso	Sonda:
					Respiração:	Espons.	Assist.	Melhor
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:	Local da Punção:		
					Agulha:	Técnica:		

do original, assinado
accesse o site <https://www.assessorialegislativa.org.br>

Condição final op:

Intercorrelações par. op:

Ass. Anestesista / CRM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 17:3

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55013423 Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/6

Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO, MEDICO, CRM 11538/11 Nº: 30432945 19/11/2018 às 17:24

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Cirúrgico S52 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 19/11/2018 [1]

Hora Da Cirurgia 17:24 [1]

Cirurgia REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO DE COTOVELO ESQUERDO [1]

Cirurgião ANDRE ALCANTARA [1]

Descrição Cirúrgica [1]
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL E SEDACAO
2. ASSEPESIA E ANTISSEPSIA
3. OBSERVADO GRAVE INSTABILIDADE EM VALGO (TESTE DE PIVO) DE COTOVELO ESQUERDO
4. REALIZADO REDUCAO INCRUENTA E FIXACAO (OLECRANIZAÇÃO) COM 2 FIOS
5. , CURATIVO
6. TALA AXILOPALMAR

Códigos Dos Procedimentos 30719100 - FRATURA LUXACAO - TRATAMENTO CIRURGICO [1]

ANTONIO
PRUDENTE

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 16:44

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55013423

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): JACQUELINE BARBOSA PEREIRA ENFERMEIRO(A) COREN 852463/11 Nº: 30430731 19/11/2018 às 16:39

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	19/11/2018
Hora Da Cirurgia	16:20
Cirurgia	FRATURA E LUXAÇÃO
Equipe Cirúrgica	DR. ANDRE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Membros da Equipe Cirúrgica	Sim.
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.
Paciente Certo	Sim.
Sítio Cirúrgico Identificado	Sim.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim.
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	Sim.
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Não se aplica.
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	Sim.
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	Sim.
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	Sim.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros	Sim.
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	Sim.
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	Sim.
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	Não se aplica.

ANTÔNIO
PRUDENTE

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2019 16:44

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55013423

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

Sim.

Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus

Sim.

Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas

Não se aplica.

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Emissão: 19/11/2018 17:22	
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19241684	19/11/2018 às 17:21	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 1334106	1014.1	
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h	ORAL
CRM-11538			
2. Hidratação Venosa Fase Única	SORO FISIOLÓGICO 0,9%	Vol. Total: 20.83 ml/Kcal/dia	500 ml
7.00 gts/min			
Acesso Periférico			
CRM-11538			
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D/1)	Aqua Destilada	1g	1FRAP (C/1GR)
8/8h EV			
CRM-11538			
4. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1FRAP (C/100MG)
8/8h EV			
CRM-11538			
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Aqua Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MC)
6/6h EV			
CRM-11538			
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MC)
8/8h EV			
SN			
CRM-11538			
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Alta vigilância	10mg	2ML (AMPL C/10MG)
8/8h EV			
CRM-11538			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	SN		
CRM-11538			
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA	SN		
CRM-11538			
10. PUINCAO C/ JELCO	SN		
CRM-11538			
11. SINAIS VITAIS	SN		
CRM-11538			
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS	SN		
CRM-11538			
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN		
CRM-11538			
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO/	SN		
CRM-11538			
15. COMPRESSÃO COM ÉTER	SN		
CRM-11538			
Profissionais CRM-11538	ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO		

Dr. André de Castro Alcantara
Ortopedista e Traumatologista
CRM 11538 RJ

10009086102996112910

61:01

19/11/2018 22:47

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e VALERIA MARIA APARECIDO DE OLIVEIRA. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0000 e código E4EC5C8.

19

19/11/2018 22:47

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dr. Nasc.: 13/01/1985

Nº Prescrição: 0019241684

Leito: 1334106-10/41

Atendimento: 55013423

19/11/2018 às 17:21

Peso: 85.00 kg

Prontuário: 16533875

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIOS

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h

ORAL

2. Hidratação Venosa

Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min

Acesso Periférico

22:00 ;

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (01/1)

20.83 ml/Kcal/dia

500ml

1g

1 FRAP (C1GR)

8/8h

EV

20/11 - 00:00 ;

4. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiologico 0,9%

100 mg

1 FRAP (C100MG)

8/8h

EV

20/11 - 02:00 ;

5. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000 mg

2 ML (AMPL C/500MG)

6/6h

EV

20/11 - 00:00 ; 20/11 - 06:00 ;

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiologico 0,9%

100 mg

2 ML (AMPL C/100MG)

8/8h

EV

SN

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Alta vigilância

Agua Destilada

10 mg

2 ML (AMPL C/10MG)

8/8h

EV

20/11 - 00:00 ;

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SN

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE

ACOLCHOADA

10. PUNCAO C/ JELCO

SN

11. SINAIS VITAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIPADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE

ACOCHOADA MEDIO

15.

Dra. Danielle Albuquerque

(16533875)

19/11/2018 22:47

Risco: Infecção

RP1531

DANIELLE DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE 19/11/2018 22:47

192.85.4.101



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
19/11/2018 12:53 PM
rp1832_02

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19238026	19/11/2018 às 12:00	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR.	Leito: 133410/6		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN: 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTACAO	Mantido		
2 - MANTER			
INTEGRIDADE FISICA E MENTAL	Mantido		
3 - REALIZAR			
HIGIENE ORAL , CORPORAL E OCULAR	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 ENF



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
19/11/2018 06:37 PM
rp1532_02

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19242422	19/11/2018 às 18:36	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: MARTA MARIA ALVES (COREN 481199)			
1 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Mantido		
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		
DATA DE CURATIVOS	Mantido		
5 - INSTALAR			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/11/2018 12:53

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19237993	19/11/2018 às 11:59	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6	Enfermeiro(a):	VIVIANE MARA COSTA VIANA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1]			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Mantido: [1] OK
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mantido: [1] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: [1] OK
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Mantido: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO ANALGÉSICA	Mantido:
OBSERVAR PULSOS PERIFÉRICOS DIMINUÍDOS OU AUSENTES	Mantido:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
SINAIS VITAIS	Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Mantido:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
BANHO PRÉ OPERATORIO	Mantido: [1] OK

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/11/2018 18:35

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55013423 Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 19242412 19/11/2018 às 18:35
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/6 Enfermeiro(a): MARTA MARIA ALVES
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO

Profissionais:

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: DOR

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:

4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: EFEITOS COLATERAIS

EVITAR SANGRAMENTO Mantido:

Marta Maria Alves
CRM: 330020 - ENF

Paciente: JOAO AMARO BRAGA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Profissionais: ADRIANA EUFRASIO DAS CHAGAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1267812 (T) II

fls. 72

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
Dt. Nasc.: 21/02/1974
Prontuário: 16533875

Leito: 133410/6
Nº Documento: 19243594
Atendimento: 55013423

Tipo: Enfermagem
19/11/2018 às 20:52

SINAIS VITAIS	19/11																	
	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
Frequência Respiratória (mmp/r																		
Frequência Cardíaca (bpm)																		
Temperatura (°C)																		
Sat O2 (%)																		
Pa Sistólica (mmHg)																		
Pa Diastólica (mmHg)																		
Pulso (bpm)																		

Adriana
coren 1267812

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19246625	20/11/2018 às 07:31
Posto: POSTO 1B	Leito: 1017/1	Prontuário: 16533875
		Peso: 85.00 kg

1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL			CRM-8260
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		CRM-8260
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)		1 g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV
Aqua Destilada			10 ml		CRM-8260
4.PROFENID IV (100.00mg)		100 mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml		CRM-8260
5.DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg	2 ML (AMPL C/500MC)	6/6h	EV
Aqua Destilada			18 ml		CRM-8260
6.TRAMADOL (50.00mg/ml)		100 mg	2 ML (AMPL C/100MC)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml		SN
Alta vigilância					
7.PLAMET [®] (5.00mg/ml)		10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV
Aqua Destilada			18 ml		CRM-8260
8.SONDAGEM VESICAL DE ALVIO					SN
9.CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA					CRM-8260
10.PUNÇÃO C/ JELCO					SN
11.SINAIS VITAIS					CRM-8260
12.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					CRM-8260
13.RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					SN
14.CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA					CRM-8260
15.COMPRESSÃO COM ÉTER					SN
16. Alta em: 20/11/2018					ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA					

Profissionais CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Gabriel Bezerril Nogueira
Infectologia / Traumatologia
CRM-CE 8260

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Comênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19245069	20/11/2018 às 06:14	
Posto: POSTO 1B	Leito: 101/71		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: DANIELLE DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE (COREN 524029)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PERVO E IDENTIFICADO	Manhã		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	DL Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19246055	20/11/2018 às 06:11	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1017/1	Enfermeiro(a): JANIELLE DE OLIVEIRA ALBUQUER	
Avaliação: DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM - CIRURGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LETO PREJUDICADA	
Relacionado a:	TRATAMENTO DOR
2 - CONFORTO PREJUDICADO	
Relacionado a:	DOR
TRATAMENTO CIRURGICO	
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A	
Relacionado a:	PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL	
PROCEDIMENTO CIRURGICO	
OBSERVAR SINAIS FLOGISTICOS	Manhã Tarde Noite

20/11/2018 07:19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55013423

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1B

Leito: 1017/1

Profissional(is): VANESSA VIANA MONTEIRO ENFERMEIRO(A) COREN 454854-11 N°: 30450865 20/11/2018 às 07:19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

MT
PACIENTE J. A.B., 33 ANOS, SEXO MASCULNO. HD: 1 PO FRATURA DE COTOVELO
ADMITIDO NO POSTO 1B, PROVENIENTE DA RPA.
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, SSVV ESTAVEIS.
AVP FUNCIONANTE P/ HV+TM.
DIETA V.O. COM BOA ACEITAÇÃO.
DIURESE ESPONTÂNEA
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

[1]

GERENCIAMENTO DE RISCO
INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGISTICOS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Vanessa Viana
Enfermeiro(a)
COREN 454854-11

FÓRMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 77

Página 1 de

19/11/2018 19:13

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55013423

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): MARTA MARIA ALVES, ENFERMEIRO(A), COREN 481199/11 Nº: 30436445 19/11/2018 às 18:37

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Intercorrências

PACIENTE NA RPA APOS POI DE FRATURA DE CLAVICULA
ESQUERDA, COM
TIBIOIA, ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR
AMBIENTE, AO
MONITOR: PA: 125X63MMHG, FR: 18RPM, FC: 61BPM, SATO2: 98%, T: 36C,
CURATIVO LIMPO, MEDICADO CPM. ENFA: MARTA MARIA 350020

[1]

Marta Maria Alves
COREN 481199/11 - ENF

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 12:20

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55013423

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): ANDRÉ DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO, MÉDICO, CRM 11538 11 Nº: 30432694 19/11/2018 às 17:19

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA E PASSAGEM DE FIO K EM
COTOVELO ESQUERDO (OLECRANIZAÇÃO)

[1]

Dr. André de Castro Alcantara Carvalho
Ortopedista e Cirurgião de Mão e Microcirurgia
Grupo de Ortopedia e Traumatologia
CRM 11538-11 RGS 7508

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

fls. 79

Página 1 de 1

20/11/2018 07:38

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1B	Leito: 1017/1	

Profissional(is):	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA MEDICO CRM 8260 [1]	Nº: 30451397	20/11/2018	às 07:37
-------------------	--	--------------	------------	----------

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PÓS OP DE LUXAÇÃO DE COTOVELO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

[1]

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260



(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nascimento: / /

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

e) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos medicamentosos 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.

19 de novembro de 2018

Hora: 11:48

Nome legível: João Amaro Braga

Assinatura: [assinatura]

Grau de parentesco do responsável: Paciente

CPF: 2009.610.843-41

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

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



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: _____

Passagem: _____

Leito: _____

Prontuário: _____

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

CIRURGIA/PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório ☒ Negativo
 Tolerância ao exercício _____
☐ Hipertensão ☒ Valvulopatia
☐ Angina ☐ Arritmia
☐ Coronariopatia ☐ Angioplastia
☐ Infarto do miocárdio ☐ DVP
☐ Insuf. Cardíaca ☐ AAA
☐ Outras _____

Respiratório ☒ Negativo
☐ Dependência O₂ ☐ Asma
☐ Apnéia do sono ☐ Tuberculose
☐ IVAS recente ☐ DPOC
☐ Expectoração
☐ Outras _____

Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo
☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Gastrite
☐ Úlcera péptica ☐ Hepatite
☐ Vômito/ diarreia ☐ Ictericia
☐ Hérnia de hiato ☐ Cirrose
☐ Obst. Intestinal
☐ Outras _____

Neurológico ☒ Negativo
☐ Convulsões ☐ AVC
☐ Dormência/ fraqueza ☐ Cefaléia
☐ Lesão medular ☐ PIC
☐ Outras _____

Renal ☒ Negativo
☐ Doença renal crônica ☐ Diálise
☐ Insuficiência renal
☐ Outras _____

Hematológico ☒ Negativo
☐ Transusão prévia ☐ Coagulopatia
☐ Plaquetopatia ☐ Anemia
☐ Outras _____

Músculo esquelético ☒ Negativo
☐ Dor lombar ☐ Artrite
☐ Musculodistrofia
☐ Outras _____

Endócrino ☒ Negativo
☐ Diabetes tipo _____
☐ Patologia da tireóide
☐ Outras _____

Câncer ☒ Negativo
☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia
☐ Outras _____
Infeccioso ☒ Negativo
☐ HIV
☐ Outras _____

Gravidez ☒ Negativo
☐ Idade gestacional _____ semanas

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 ☒ Negativo
☐ Tabaco ☐ Cigarros/dia
☐ Alcool ☐ Drogas
☐ Outras _____

Alergias ☒ Negativo

Tipo/Agente	Reação

Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório
☐ Sim ☒ Não

Histórico familiar - problemas com anestesia
☐ Sim ☐ Não

Exame Físico

Cardíaco _____
 Resp. _____
 Neuro _____
 Regional _____
 Outro _____

Laboratório

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

Comentários sobre os achados

Anestesiologista

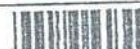
CRM

52.30820-0

DATA

HORA

ASSINATURA



CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR (MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE)



ANTÔNIO
PRUDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: João Amaro Braga Setor: Emergência Leito: M03 Data: 19/11/18
 Confirmação de local de destino: ☒ Sim ☐ Não Data de Nascimento: 13/01/1985
 Motivo da internação na unidade:
 Dispositivos em uso
☒ Não Sim, especificar: () Marcapasso () Bipap () Bomba de Infusão () TQT ☒ CVP () VM () CVC
 () SNG, SNE e GTT () Cateter de diálise () SVD () Drenos
☒ Transferência interna: () Enfermaria () UTI ☒ Outro: Centro Cirúrgico
☐ Transferência externa:
 Médico assistente: _____

AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE

Data: 19/11/18 Hora: 09:25 h

Avaliação de risco: Queda ☒ LP ☒ Flebite ☒ Broncoaspiração ☒ Perda de dispositivo ☒

INTEGRIDADE DA PELE

☒ Integra Curativo: Local _____ Grau _____
 () Lesão por pressão, especificar Local _____ Grau _____

MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO

☒ Não
 () Sim, especificar:
 () Anticoagulante
 () Insulina
 () Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína.)
 () Sedativos (ex: benzodiazepínicos)

NECESSIDADE DE ISOLAMENTO

☒ Não
 () Sim, tipo:
 () Contato
 () Respiratório
 () Reverso

ALERGIA

☒ Não
 () Sim
 Medicamento: _____

Objetos do paciente

☒ Não () Sim, Especificar _____

PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME

☒ Não
 () Sim, especificar _____

RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)

Data e hora:

19/11/18

Viviane M. C. Viana Teixeira
 COREN-CE 308612 ENF

RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)

Data e hora:

Moruno

OBSERVAÇÕES:

Dieta _____

Medicação de alto custo: _____

Outros: _____

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

Nome do paciente: <u>João Amaro Brumaça</u>	Data de Nascimento: <u>13/03/1985</u>
Nº do prontuário:	Data de admissão: <u>19/03/18</u>
Leito: <u>M03</u>	Data da realização da escala: <u>19/03/18</u>

Itens	Escore Avaliado	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	1
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	1
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/Orientado quanto às suas limitações de locomoção	1
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto às suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alerta e calmo	1
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	1
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/ equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	1
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
		4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	
G	Alterações nas eliminações	1	Não	1
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				7

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO:	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral prévio	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmose
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazat
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corpórea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX: hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		


Viviane M. C. Viana Teixeira
 COREN-CE 308612 ENF

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10.09.2018- V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DA PACIENTE: João Amaro Braga DATA DO NASCIMENTO: 13/01/1985

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Emergência DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 19/11/18

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR "SIM"

☐ Não consegue se alimentar bem?	1 +
☐ História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
☐ Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
☐ Escorre alimento pela boca?	4 +
☐ Demora muito para engolir?	5 +
☐ Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
☐ Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
☐ Há tosse com líquido?	8 +
☐ Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
☐ Não consegue engolir?	10 +
☐ Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +
SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:	

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

RESULTADO: RISCO ALTO()

RISCO MODERADO()

RISCO BAIXO(☒)

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de déficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decúbito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente.
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia.

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

19/11/2018 11:24

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55001213

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): LIDIA JOYCE PEREIRA COSTA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN
11626611[1]

Nº: 30414768 19/11/2018 às 11:23

CONTROLE VITAIS

SINAIS VITAIS

T 36.7 °C [1]

Pulso 71 bpm [1]

PA 120x80 mmHg [1]

OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX) 94 mg/dL [1]

ANTONIO
PRUDENTE

AVALIAÇÃO DE RISCO ADULTO

Pagina 1 de 1

19/11/2018 10:10

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55001213

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): VIVIANE MARA COSTA VIANA ENFERMEIRO(A) COREN 308632 [1] Nº: 30410032 19/11/2018 às 10:09

QUEDA			[1]
Histórico de Quedas	Não		[1]
Nenhum/Ajuda do Enfermeiro/Acamado	Sim		[1]
Normal/Acamado/Imóvel	Sim		[1]
Orientado	Sim		[1]
Risco de Queda	Sem risco de queda		[1]
FLEBITE			[1]
Risco de flebite	NAO		[1]
PERDA DE DISPOSITIVOS			[1]
Risco de perda de dispositivo	NAO		[1]
BRONCOASPIRAÇÃO			[1]
Risco de broncoaspiração	NAO		[1]
LESÃO POR PRESSÃO			[1]
Escala De Braden	22 - Paciente sem risco		[1]
Nenhuma Limitação	Sim		[1]
Raramente Molhado	Sim		[1]
Anda Frequentemente	Sim		[1]
Nenhuma Limitação	Sim		[1]
Adequado	Sim		[1]
Nenhum Problema	Sim		[1]

 Viviane M. C. Viana Teixeira
 COREN 308632 ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 87

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 10:08

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55001213

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): VIVIANE MARA COSTA VIANA ENFERMEIRO(A) COREN 308612 [1] Nº: 30409287 19/11/2018 às 09:58

PACIENTE

Escolaridade	ENSINO MEDIO	[1]
Profissão	AUXILIAR OPERACIONAL	[1]
Estado Civil	SOLTEIRO	[1]
Origem Do Paciente	Emergência.	[1]
Data De Admissão	19/11/2018	[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	19/11/2018	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO	[1]
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]
Responsável Pelo Recebimento	ENFERMEIRA VIVIANE VIANA	[1]
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade	19/11/2018	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Não.	[1]
Internações Anteriores	NEGA	[1]
Cirurgias Anteriores	Sim. ENXERTO EM MSE(MÃO)	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
Reserva de Hemoderivados		
Higienização	Sim	[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
Exames E Procedimentos	Sangue.	[1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado	77 kg	[1]
Intolerância Alimentar	Não.	[1]
Jejum	Não. JEJUM COMPLETA AS 14H DO DIA 19/11/2018, PACIENTE SE ALIMENTOU AS 06:00H DA MANHA COM DIETA GERAL	[1]
Conservado	Sim	[1]
Dentição	Preservada.	[1]

 Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 ENF

19/11/2018 10:08

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55001213

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

ELIMINAÇÕES

Intestinais/ Urinárias

NEGA

[1]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso

Sim.

[1]

CONFORTO

Queixas de Dor

Não.

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

19/11/2018

[1]

Hora

10:08

[1]

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 ENF

FÓRMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 89

Página de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55013423 Prontoário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/6

Profissional(is): JACQUELINE BARBOSA PEREIRA ENFERMEIRO(A) COREN 852463 Nº: 30430973 19/11/2018 às 16:44

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome, dosagem, frequência NEGA

Alergia- Descrição NEGA

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento ENFERMEIRA GEYZE

Hora 16:20

Sala 05

Condições Da Pele ao início da cirurgia INTEGRA

Início Da Anestesia 16:20

Término Da Anestesia 17:10

Início Da Cirurgia 16:30

Término Da Cirurgia 17:05

Instrumentador NONATA PARTICULAR

Circulante JACQUELINE E VICTOR

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL.

Membro Ou Lado A Ser Operado MSE

Numero Inicial De Compressas 10 UD

Numero Total De Compressas Inseridas 10 UD

Contagem Final De Compressas 10 UD

Clorexedine Alcoólico Sim

Clorexedine Degermante Sim

Álcool Sim

Éter Sim

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia INCISAO NO LOCAL DA CIRURGIA

Grau De Contaminação LIMPA.

Encaminhamento Do Paciente SRPA.

Encaminhamento Do Paciente

Horário De Saída Da S.O 17:30

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2 99 %

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 19/11/2018

Hora 17:00

FÓRMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 90

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 12:05

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55013423

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

PACIENTE DEU ENTRADA NO C.C PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA COM DR. ANDRE, ANESTESIADO COM SEDAÇÃO E LOCAL PELA DR. ROMANA, CIRURGIA SEM INTERCORRENCIA E ENCAMINHADA PARA S.R.P.A COM PRONTUARIO COMPLETO

[1]

Eletrodos

ACIMA DO PEITO

[1]

Incisão Cirúrgica

MSE

[1]

Dreno

NAO

[1]

Placa De Bisturi

NAO

[1]

Punções Venosas

MSE

[1]

Coxim

NAO

[1]

POS-OPERATÓRIO

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

19/11/2018 09:55

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55001213	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/3	
Profissional(is): VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1]	Nº: 30408890	19/11/2018	às 09:52

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	19/11/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	14:00	[1]
Cirurgia	LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Autorização Do Paciente	Sim.	[1]
Exames Complementares	Sim.	[1]
Exames Radiológicos	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.	[1]
Higienização	Sim.	[1]

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 ENF



ANTONIO
PRUDENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu João Américo Braga, inscrito no CPF sob nº 00961081341, na qualidade de () paciente - () responsável e representante legal (grau de parentesco: _____) declaro que fui devidamente informado pelo enfermeiro Viviane Diana COREN- _____ nº 308612, sobre o aplicativo HAPTE, onde terei acesso a todas as informações sobre a minha internação.

Fortaleza, 19 de Novembro de 2018.

Assinatura: João Américo Braga

Testemunhas:

Nome: _____

CPF Nº: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

CPF Nº: _____ Assinatura: _____

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE DE FORTALEZA LTDA
Av. Aguanambi, 1827 – CEP 60.055-401 – Fátima – Fortaleza-Ceará

INSTRUMENTO PARTICULAR DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CONFISSÃO DE DÍVIDA

I - RESPONSÁVEL

Nome : JOAO AMARO BRAGA
Endereço : CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA CE 60540282

Data nascimento : 13/01/1985
Fones : 997002032

II - ENTIDADE CREDORA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE , pessoa jurídica de direito privado, estabelecida em FORTALEZA , CEARA
AV AGUANAMBI , N. 1827, BAIRRO: FÁTIMA , CNPJ 5874946000109 , denominado HOSPITAL.

III - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 1 - O RESPONSÁVEL pelo(a) paciente JOAO AMARO BRAGA , atendido(a) em 19/11/2018 declara ao HOSPITAL para todos os fins e efeitos legais que assume plena responsabilidade por todo o período de atendimento. Obriga-se na qualidade de RESPONSÁVEL e principal devedor, a efetuar pagamentos de quaisquer despesas hospitalares que não estejam cobertas pelo eventual Plano de Saúde ou qualquer instituição que mantenha convênio com este HOSPITAL sejam: TAXAS, DIÁRIAS, EXAMES, MEDICAMENTOS, MATERIAIS, INCLUSIVE ORTESES E PRÓTESES, FRIGOBAR E LIGAÇÕES TELEFÔNICAS.
 - 2 - Na hipótese de atendimento de paciente conveniado, mas que no momento não possua nenhum documento que comprove sua filiação ao convênio e/ou que tenha os custeio de seus gastos no HOSPITAL negados pelo respectivo convênio, o responsável abaixo assinado deverá ressarcir ao HOSPITAL os custos despendidos com o paciente.
 - 3 - O RESPONSÁVEL declara outrossim, que os honorários profissionais do(s) médico(s) responsável(is) pelo atendimento, acompanhamento e tratamento do paciente acima citado e/ou aqueles pelo RESPONSÁVEL escolhidos livremente, não são vinculados a conta hospitalar, devendo ser liquidado diretamente com o(s) médico(s) responsável(is).
 - 4 - O RESPONSÁVEL declara estar ciente e de acordo que o HOSPITAL não se responsabiliza diretamente por objetos e/ou valores de pacientes, responsáveis e acompanhantes.
 - 5 - O RESPONSÁVEL terá acesso diário as contas do paciente, que deverão ser saldadas e/ou amortizadas a cada três (3) dias mesmo que o paciente ainda não tenha tido alta.
 - 6 - A presente confissão de dívida, devidamente acompanhada da nota fiscal ou duplicata de prestação de serviço e do instrumento respectivo de protesto, constitui título executivo extrajudicial, representativo na dívida do paciente, a qual constituir-se-á em Título Executivo Extra - Judicial, para todos os fins previstos no artigo 585 II, do Código de Processo Civil.
 - 6.1 - O não pagamento das despesas com internação/urgência/emergência, proporcionará que sejam adotadas as medidas executórias previstas nos artigos 585 e segs. do Código de Processo Civil, sem prejuízo da aplicação de juros compensatórios de 1% a.m. e correção monetária, com base na variação do IGPM, na falta deste, qualquer outro índice da F.G.V.
 - 7 - Fica eleito o foro da comarca FORTALEZA - CE para dirimir quaisquer dúvidas do presente instrumento, renunciando o RESPONSÁVEL a qualquer outro por mais privilégio que seja.
- E por assim estarem justos e contratados firmam o presente em duas(2) vias de igual forma e teor, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

FORTALEZA - CE

19 NOVEMBRO DE 2018

TESTEMUNHAS

Nome: _____
CPF _____


Responsável:
CPF 961081341

Nome: _____
CPF _____

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
CGC 5874946000109

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2019 às 10:19, sob o número 01621199620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162119-96.2019.8.06.0001 e código 4EC5699.

TERMO DE RESPONSABILIDADE E OUTROS AJUSTES**DADOS DO PACIENTE**

Nome: JOAO AMARO BRAGA

RG: 98012032329

CPF: 961081341

Endereço: CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA CE 60540282

DADOS DO RESP. LEGAL (NA IMPOSSIBILIDADE DO PACIENTE ASSINAR)

Nome: JOAO AMARO BRAGA

RG: 98012032329

CPF: 961081341

Endereço: CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA CE 60540282

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, o paciente acima qualificado ou, na impossibilidade do mesmo fornecer seus dados e/ou subscrever este termo, o seu responsável acima identificado, um ou outro reconhecem que foram devidamente esclarecidos sobre a condição de saúde do referido paciente, sob tratamento no HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE.

Declaram, mais, que os profissionais responsáveis pela assistência médica do paciente em momento indicaram as opções de tratamento médico-hospitalar constantes no prontuário respectivo.

Mesmo considerando os riscos inerentes, o signatário responsabilizou-se integralmente e optou pelo seguinte tratamento (a ser conferido ao enfermo acima qualificado):
30719100 FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO

O signatário, após devidamente cientificado de todos os riscos do tratamento acima especificado, optou pela adoção de tal prática médica, por entender que esta constitui a melhor assistência a ser dispensada ao paciente, responsabilizando-se integralmente por sua decisão.

O paciente e/ou seu responsável declaram, portanto, estarem absolutamente informados sobre o procedimento médico a que o paciente será submetido, tudo em obediência aos arts. 46, 48, 49, 53, 56 e 59, do Código de Ética Médica.

FORTALEZA CE, 19 de NOVEMBRO, de 2018


Paciente ou Responsável Legal

TESTEMUNHAS



João Amaro Bunes.

Paciente com Luxação do Cotovelo
ESQUERDO. Necessitando de Redução
Incruciente de Urgências.

FORTALEZA 19/11/18

Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM de RJ 13798
CREMEX 13798 TEOT 13005

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - Interior): 0300 313 9094

/hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a). **JOAO AMARO BRAGA** às 08:57 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (**SESSENTA**) dias
a partir de 29/11/2018 , tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S531

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico .

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BRFD18I8S2K0

Solicitacao da Senha : 29/11/2018 07:43:41

R3002

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARV. 29/11/2018 08:57

192.85.4.101

19 FEV. 2019

(41)

ANTONIO
PRUDENTE**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **JOAO AMARO BRAGA** às 07:40 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 (QUINZE)** dias,
a partir de **19/11/2018**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S531

Código da Doença

19/11/2018

Local e Data

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 8260

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BCOHU18I8O0K0



LAUDO MÉDICO

PARA: JOAO AMARO BRAGA

PACIENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / INSTABILIDADE DE COTOVELO ESQUERDO. REFERE TRAUMA INICIAL POR ACIDENTE DE TRÂNSITO EM 07/11/2018.



Dr. André Alcantara
Ortopedia e Traumatologia
Grupo de Quadris / TET 14023
CRM 11538 RQE 7384

Fortaleza, 29/11/2018

1433 Braga W

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **JOAO AMARO BRAGA** às 02:05 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **14 (QUATORZE)** dia
a partir de **08/11/2018**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S43

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM 12051

Dr. José Neias A. Ribeiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12051 / RTO 14094

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BSFC11818N1K0

Solicitacao da Senha : 08/11/2018 00:39:19



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) JOAO AMARO BRAGA às 08:25 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dias, a partir de 24/01/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S531

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BIZIY19I8S2K0

Solicitacao da Senha : 24/01/2019 07:49:51

R3002

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARV. 24/01/2019 08:25

192.85 4 101

19 FEV. 2019

SINISTRO 3190151092 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOAO AMARO BRAGA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA**CORRETORA DE SEGUROS** LTDA - ME**BENEFICIÁRIO** JOAO AMARO BRAGA**CPF/CNPJ:** 00961081341**Posição em 26-03-2019 14:23:39**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50