

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO AMARO BRAGA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 000000013064-3

---

Nr. da Autenticação A6928DC3B1EDE110

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 percutual de perda funcional.

Não

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

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO DO COLO DO BRAÇO. COM RECONSTRUÇÃO DAS 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 COLO DO BRAÇO

Grau da definição da(s) sequela(s)

50%

POOR A MABILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS + DIMINUIÇÃO DA FORÇA.

ALTA DEFINITIVA EM  
 11/02/2019.

19 FEVEREIRO 2019

Nome do médico responsável:

JOÃO BATTISTA GOMES DA SILVA

Assinatura e carimbo do médico:

Local: PORTALEIRA - EE

Firma reconhecida do médico:

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

Data: 11/02/2019.



ANTONIO  
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
54772264



09/01/2019 12:33:33

ESTE PRONTUARIO E 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  
997002032

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUARIO

LEANDRO Z1082  
Assinatura

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAISAtendimento  
55013423

IZSE:"

19/11/2018 11:52:33

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

ontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
CPF	Carteira Profissional	Estado Civil		
3012032329 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

ator			
16800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
ata	Hora	Matricula	Tipo Documento
1/2018	11:48		
Médico Atendente			Clinica
143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			0 INTERNACAO
valiação médica			

DADOS DO CONVENIO *passado para Danielle*

Convenio	Plano	SIND. EMPRESAS TRANSP. PASSAGENS EST. CE	
2-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
17700000192005018		SL: 16:00	

## DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	06	
J. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
7003005	99996666	C90558686	INTERNACAO
7003005	30719100	C90558686	FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO

ALERGIA

NEGA

19/11/18  
02  
12:45m

RISCO QUEDA

NAO

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



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**54858047**



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 U0388 09/01/2019 12:25:06 28.0022.00091											
Data inicial : 10/12/2018 Atendimento : 54858047 Médico prescritor : <input type="text"/> Data final : 09/01/2019 Prontuário : <input type="text"/> Convênio : <input type="text"/> Carteira : <input type="checkbox"/> Atendimentos com alta administrativa <input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela auditoria <input type="checkbox"/> Atendimentos com pendencias no prontuário <input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela enfermagem				Consultar	PEP T3488	Histórico T43A8					
<table border="1"> <tr> <td> <b>Documentos</b>          12/11/2018 08:25 - CONSULTA RETORNO       </td> <td>         Atendimento: 54858047 Prontuário: 16533875 Nome do Paciente: JOAO AMARO BRAGA       </td> <td>         Dt Nascimento: 13/01/1985 Idade: 33A 11M 26D Sexo: Masculino       </td> </tr> <tr> <td colspan="3">           Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento Nome da Mão: MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO Nome do Pai:         </td> </tr> </table>						<b>Documentos</b> 12/11/2018 08:25 - CONSULTA RETORNO	Atendimento: 54858047 Prontuário: 16533875 Nome do Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt Nascimento: 13/01/1985 Idade: 33A 11M 26D Sexo: Masculino	Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento Nome da Mão: MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO Nome do Pai:		
<b>Documentos</b> 12/11/2018 08:25 - CONSULTA RETORNO	Atendimento: 54858047 Prontuário: 16533875 Nome do Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt Nascimento: 13/01/1985 Idade: 33A 11M 26D Sexo: Masculino									
Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento Nome da Mão: MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO Nome do Pai:											
<b>Tipos de documentos</b> -1 Registros Médicos <b>12 Formulário de Atendimento na Emergência</b> -7 Prescrição Médica -14 Receta 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 Calendário da Internação Hospitalar <a href="#">Ver histórico de digitalizações</a>		<b>Visualizar</b> <input type="checkbox"/> Data/Hora 12/11/2018 11:18:44 <input type="checkbox"/> Profissional FELIPE VERAS PEREIRA DE O	<b>Imprimir Doc. Assinado</b> Situação ASSINADO ASSINADO								

**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**

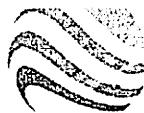
## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

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): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [1]		Nº: 30141306	12/11/2018 às 11:16
<b>ANAMNESE</b>			
Queixa Principal	TROCA DE TALA		[1]



ANTONIO  
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
55001213



ESTE PRONTUARIO E 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



**FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA**
**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 CRM 13798 [1]		Nº: 30402340	19/11/2018 às 07:41

**ANAMNESE**

Queixa Principal	PCT COM LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO CD: SOLICITO RX	[1]
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 CD: SOLICITO RX	[1]
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]

**DIAGNÓSTICO**

CID10	M259 TRANST ARTICULAR NE	[1]
CID10	M259 TRANST ARTICULAR NE	[1]

**CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**
**PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO**

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

## RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

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 as 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 TERAPÉUTICO

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



ANTONIO  
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
55234876



ESTE PRONTUÁRIO É 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



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:27

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 CLINICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:28

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 CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:28

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 997002032	Telefone Trabalho	Nome da Mãe 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 22-HAPVIDA MATRIZ	Plano 14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	SIND.EMPRESAS TRANSP.PASSAGENS EST.CE COLETIVO
Carteira 57700000192005018	Validade	

## 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

## 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] N°: 31661656 20/12/2018 às 15:27

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

### Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A RETIRADA DE FIO EM COTOVELO SEM  
INTERCORRENCIAS  
CD: ALTA HOSPITALAR

[1]

### CID 10

S53 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E  
DOS LIGAMENTOS DO COTOVELO

[1]

## 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 APOSICÃO DE CAMPOS FASCIOTOMIA RETIRADA DE FIOS MANIPULAÇÃO CURATIVO	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30710022 RETIRADA 30730074 FASCIOTOMIA 30713064 MANIPULAÇÃO	[1]

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: 31661839	20/12/2018	às 15:31

## DIAGNÓSTICOS

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

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA  
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55700572 Prontuário: 16533875  
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 CONSCIENTE, ORIENTADO EUPNEICO, DEAMBULANDO. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. PROCED SEM INTERCORRÊNCIAS. PCT ENCAMINHADO A SRPA.	[1]
------------	--	-----

Incisão Cirúrgica

BRAÇO E

[1]

### PÓS-OPERATÓRIO

## 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]

Início Da Anestesia

15:15

[1]

Término Da Anestesia

15:30

[1]

Início 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]

Número Inicial De Compressas

0 UD

[1]

Contagem Final De Compressas

0 UD

[1]

Clorexidine Alcoólico

Sim

[1]

Clorexidine 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

15:35

[1]



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**55801763**



09/01/2019 12:35:07

ESTE PRONTUARIO E 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  
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



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:30

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 CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:30

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]



ANTONIO  
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
55916563



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
03/01/2019	08:45	

**Tipo Atendimento**

4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente

3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL

**Clinica**

6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg)      Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE T43DOC U0386 09/01/2019 12:25:06 28.0022.00091						PEP	Histórico																					
Data inicial: 10/12/2018 Atendimento: 55916563 Médico prescritor: <input type="text"/> Consultar Data final: 09/01/2019 Prontuário: <input type="text"/> Convênio: <input type="text"/> Carteira: <input type="checkbox"/> Atendimentos com alta administrativa <input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela enfermagem <input type="checkbox"/> Atendimentos com pendências no prontuário <input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela auditoria						T3488	T43A8																					
<b>Documentos</b> <table border="1"> <tr> <td>Atendimento</td> <td>Prontuário</td> <td colspan="2">Nome do Paciente</td> <td>Dt Nascimento</td> <td>Idade</td> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td>03/01/2019 08:45 - CONSULTA RETORNO</td> <td>55916563</td> <td colspan="2">16533875 JOAO AMARO BRAGA</td> <td>13/01/1985</td> <td>33A 11M 26D</td> <td>Masculino</td> </tr> <tr> <td colspan="7">  </td> </tr> </table>						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									
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																						
																												
<b>Pendências do Atendimento de Alta</b> <a href="#">Imp. por Tipo de Documento</a>			Nome da M <sup>a</sup> MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO			Nome do Pai																						
<b>Tipos de documentos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-1 Registros Médicos</li> <li><b>-12 Formulário de Atendimento na Emergência</b></li> <li>-7 Prescrição Médica</li> <li>-14 Receita Médica Especial</li> <li>-9 Receitas Médicas</li> <li>-10 Atestado Médico</li> <li>-11 Declarações</li> <li>-6 Pareceres Médicos</li> <li>-5 Solicitação de Parecer Médico</li> <li>-4 Admissão do Paciente</li> <li>-3 Evolução Médica</li> </ul>			<b>Visualizar</b> <input type="checkbox"/> Data/Hora <input type="checkbox"/> Profissional		<b>Imprimir Doc. Assinado</b> <input type="checkbox"/> Situação																							
<a href="#">Ver histórico de digitalizações</a>			<input type="checkbox"/> 03/01/2019 10:03:45 ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO ASSINADO <input type="checkbox"/> 03/01/2019 08:57:34 PEDRO BARREIRA CABRAL ASSINADO																									

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:31

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	[2]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR ARTICULAR	[2]
CID10	M259 TRANST ARTICULAR NE	[2]
Alergias	Não	[2]
Medicação Em Uso	Não	[2]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[2]

## EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	PCT DR ANDRE	[1]
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[2]

## DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANST ARTICULAR NE	[2]
CID10	M259 TRANST ARTICULAR NE	[2]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

### HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:31

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 TERAPÉUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

Código Especificación	Detalle Especificación	Detalle Medicamentos	Detalle Oxigenada Fras 1000 ml	Detalle
31720	AGLUTINA DE INSULINA DESCARTRABLE 25X7 - 1 UD	38088 DIPRONA 4 MG FR 2.5 ML AMPL 2.5 ML	50 36811	AGLUTINA DE INSULINA DESCARTRABLE 13X4.5 - 1 UD
51733	AGLUTINA DESCARTRABLE 25X7 - 1 UD	48542 DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	3 37012	AGLUTINA DESCARTRABLE 40X12 - 1 UD
32855	ACCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	154754 KETALAR 2ML AMPL 1 UD	3 17739	ACCOOL 10DAD FRAS 1000 ML
51063	AGODA HIDROFIL - 500 GR	100 43290 SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2 3147	ACCOOL 10DAD FRAS 1000 ML
51055	AGODA HIDROFIL - 500 GR	60 43293 XYLOCAINA 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2 32450	ACCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML
27944	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	2 45233 XYLOCAINA 0.9% 500 ML FRAP 20 ML	2 17339	ACCOOL 10DAD FRAS 1000 ML
50082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	4 45250 XYLOCAINA 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	1 15252	CAMPOM IMPERMEABLE 1.30X1.60 - 1 UD
30210	CAJERIR INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1 250	112712	CLORHEXIDINA 0.5% AGCOOLCA FRAS 1000 ML
30866	CAJERIR INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	19 1738	158880	CLORHEXIDINA 0.5% AGCOOLCA FRAS 1000 ML
27138	ECUPO DE SORO SIMPLIS - 1 UD	1 50	17177	ELER ETICUGO (UCOR DE HOFMANN) 1L FRAS 1000 ML
17177	ELER ETICUGO (UCOR DE HOFMANN) 1L FRAS 1000 ML	20 50	27138	ECUPO DE SORO SIMPLIS - 1 UD
17189	FIOL KIRCHNER - 1 UD	2 50	17177	ELER ETICUGO (UCOR DE HOFMANN) 1L FRAS 1000 ML
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT 1 UD	2 15	17189	FIOL KIRCHNER - 1 UD
27227	GAZE 10X10 ESTERIL PCT 1 UD	5 22	27227	GAZE 10X10 ESTERIL PCT 1 UD
50857	GORRO DESCARTRABLE PCT 15 CM	4 5	60822	MAZCARA DESCARTRABLE PCT 1000 CM
60854	LAMINA DE SISTRI 15 - 1 UD	5 1	50004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM
60635	LUVIA DESCESTERIL N-7.0 - 1 PA	5 2	50849	PROTES DESCARTRABLE PCT 100 UD
30666	LUVIA DESCESTERIL N-7.5 - 1 PA	1 1	30856	SERINGA DESCARTRABLE 10 ML SER 5 ML
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROL 1500 CM	1 1	30864	SERINGA DESCARTRABLE 10 ML SER 10 ML
50872	MALHA TUBULAR 10 CM ROL 1500 CM	2 1	50887	TORNERA 03 VIAS - 1 UD
147266	TRANSOFT - 1 UD	1 1	147266	TRANSOFT - 1 UD

Equipo Médico:	CIRUGIAO	3184358 ANDRE DE CASTRO ALGANTARA CARVALHO CRM 11538	Setor Emergente: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Aptº: 1017	SEGUINDO(A) CIRULANTE
Sala Cirúrgica:	SALA CC 03	72001 ROMANA F M BELLO DE CAMPOS CRM	3124894 JACQUELINE BARBOSA PERERRA CRM	CIRULANTE
Equipo Médico:	CIRURGIAO	3184358 ANDRE DE CASTRO ALGANTARA CARVALHO CRM 11538	3760502 PAULO VICTOR DE SOUSA TOME COREN 1292709	SEGUINDO(A) CIRULANTE
Cirurgia(s):	30719100 FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO TIPO Anestesia: GERAL VENOSA	72001 ROMANA F M BELLO DE CAMPOS CRM	52839809 COREN 852463	
Atendimiento:	55013423 Pronutri: 16533875 JOAO AMARO BRAGA	3 38088 DIPRONA 4 MG FR 2.5 ML AMPL 2.5 ML	3 37012 AGLUTINA DESCARTRABLE 25X7 - 1 UD	

## NOTA DE SALA



**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

19/11/2018 17:31

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, MÉDICO, CRM 11538 [1]	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. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL E SEDACAO 2. ASSEPSIA 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 AXIOPALMAR	[1]
---------------------	---	-----

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



## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 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	
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	Sim.		[1]
Mantener Cabecelra Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	Sim.		[1]
Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas	Não se aplica.		[1]

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19241684	Prontuário: 16533875
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 13341065 1014.1	Peso: 85.00 kg
1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-11538
2.Hidratação Venosa Fase Única SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83	Vol. Total: 500 ml ml/Kcal/dia 500 ml	7.00 gts/min
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1) Aqua Destilada	1g 10 ml	Acesso Periférico
4.PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg 100 ml	8/8h EV RPA 18:00
5.DIPIRONA (500.00mg/ml) Aqua Destilada	1000 mg 18 ml	6/6h EV OO
6.TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9% Alta vigilância	100 mg 100 ml	8/8h EV SN RPA 18:10
7.PLAMET (5.00mg/ml) Aqua Destilada	10 mg 18 ml	8/8h EV OO
8.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	SN	CRM-11538
9.CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA	SN	CRM-11538
10.PUNCAO 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	CRM-11538

Dr. Andre  
Ortopedico  
Gurgia do Quadril TECT 1403  
CRM 11538 PRF

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0019241684	19/11/2018 às 17:21	
Posto:CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6- 10/11	Peso: 85.00 kg	

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

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	;	
SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83	ml/Kcal/dia	500 ml				
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	1g	1 FRAP (C/1GR) 10 ml	8/8h	EV	20/11-00:00	;
4. PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100mg	1 FRAP (C/100MG) 100 ml	8/8h	EV	20/11-02:00	;
5. DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG) 18 ml	6/6h	EV	20/11-00:00	; 20/11-06:00 ;
6. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MG) 100 ml	8/8h	EV	SN	
Alta vigilância						
7. PLAMET (5.00mg/ml) Agua Destilada	10 mg	2ML (AMPL C/10MG) 18 ml	8/8h	EV	20/11-00:00	;
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO		SN				
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA						
10. PUNCAO C/ JELCO		SN				
11. SINAIS VITais						
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC		SN				
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						
15.						

 Dra. Danielle Albuquerque  
(Medicina) 2018  
CR 22439

Risco: Infecção

## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Pagina 2 de 3

Emissão: 19/11/2018 22:47

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0019241684	19/11/2018 às 17:21	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6	Peso: 85.00 kg	

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :  Indica item não administrado.  
— Indica item checado.

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 19/11/2018 22:47

Página 3 de 3

Paciente: JOAO AMARO BRAGA  
Convenio: HAPVIDA MATRIZ  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 13/01/1985  
Atendimento: 55013423  
Prontuário: 16533875  
Nº Prescrição: 0019241684  
Leito: 133410/6  
Peso: 85,00 kg

## GASTOS

	Descrição	Qtd.		Descrição	Qtd.		Descrição	Qtd.
--	-----------	------	--	-----------	------	--	-----------	------

## PLAMET

LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5		
AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	1		
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2		
PLAMET 10MG AMPL 2 ML	1		
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1		

## DIPIRONA

SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	2
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2

## PROFENID IV

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 X 1	
SÉRINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10

## EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD

ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
PROFENID 100MG IV FRAP-1UD	1
CEFAZOLINA SODICA	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1
KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	1

## HV Vol.Total: 500,00 Vig:

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 X 1	
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1
TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1  
19/11/2018 12:53 PM  
01532\_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 COSTAVIANA (COREN:308612) 			
<b>1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO</b>			
Nível de Consciência	Mantido		
NIVEL DE ORIENTACAO	Mantido		
<b>2 - MANTER</b>			
INTEGRIDADE FISICA E MENTAL	Mantido		
<b>3 - REALIZAR</b>			
HIGIENE ORAL , CORPORAL E OCULAR	Mantido		

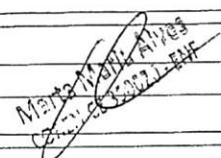
## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Viviane M. C. Viana Teixeira  
COREN: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)			
<b>1 - INSPECIONAR/REGISTRANDO</b>			
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Mantido		
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		
DATA DE CURATIVOS	Mantido		
<b>5 - INSTALAR</b>			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		



Marta Maria Alves  
19/11/2018  
18:36  
Enfermagem

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

 Página 1 de 1  
 19/11/2018 12:53  
 rp1532\_sae

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

Pagina 1 de 1  
19/11/2018 18:36  
p1512\_500

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: [Redacted]			

## 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

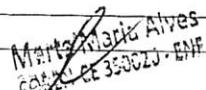
Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:

## 10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: EFEITOS COLATERAIS

EVITAR SANGRAMENTO Mantido:

  
Marta Maria Alves  
COT 133410/6 - 350020 - ENF

## ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

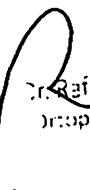
Paciente: JOAO AMARO BRAGA  
 Convertido: HAPVIDA MATRIZ  
 Profissionais: ADRIANA EUFRASIO DAS CHAGAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1267812 [1] ||  
 Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR  
 Dt. Nasc.: 21/02/1974  
 Pronunciado: 16533875  
 Nº Documento: 19243594  
 Leito: 1334106  
 Atendimento: 55013423  
 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	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	
Frequência Respiratória (impr)																			18	16					
Frequência Cardíaca (bpm)																			85	91					
Temperatura (°C)																			37,3	37,3					
Sat O2 (%)																			97	97					
Pa Sistólica (mmHg)																			154	158					
Pa Diastólica (mmHg)																			84	81					
Pulso (bpm)																			85	88					

Adm  
 unem 1267812

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19246625	Prontuário: 16533875
Posto: POSTO 1B	Leito: 1017/1	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 CRM-8260		
SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml		
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (C/1GR) 8/8h EV CRM-8260		
(D1/1) Aqua Destilada 10 ml		
4.PROFENID IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (C/100MG) 8/8h EV CRM-8260		
Soro Fisiologico 0,9% 100 ml		
5.DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000mg 2ML (AMPL C/500MC 6/6h EV CRM-8260		
Aqua Destilada 18 ml		
6.TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2ML (AMPL C/100MC 8/8h EV SN CRM-8260		
Soro Fisiologico 0,9% 100 ml		
Alta vigilância		
7.PLAMET'(5.00mg/ml) 10mg 2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV CRM-8260		
Aqua Destilada 18 ml		
8.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO SN CRM-8260		
9.CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA SN CRM-8260		
10.PUNCAO C/ JELCO SN CRM-8260		
11.SINAIS VITais SN CRM-8260		
12.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS SN CRM-8260		
13.RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC SN CRM-8260		
14.CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO/ SN CRM-8260		
15.COMPRESSÃO COM ÉTER SN CRM-8260		
16. Alta em: 20/11/2018 ENCaminhamento a Domicilio		
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA		

Profissionais CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA


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

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	DL Nasc.: 1301/1985	Atendimento: 55013423	Pronutrião: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	NP Prescrição: 19246069		
Posto: POSTO 1B	Letra: 10171		
Avaliagão: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissional: DANIELLE DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE (COREN: 52099)			
1 - INSPECIONAR REGISTRANDO			
Sinais Vitais- Freqüência Respiratória	Mantida	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	Mantida	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Freqüência Cardíaca	Mantida	Tarde	Noite
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PERMUTO E IDENTIFICADO	Mantido		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

 Página 1 de 1  
 20/11/2018 06:12  
 00000000000000000000000000000000

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt Nasc.: 13/07/1995	Atendimento: 55013423	Prontuário: 66533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 10246055	20/11/2018 às 06:11	
Posto: POSTO 1B	Leito: 10171	Enfermeiro(a): JANELLE DE OLIVEIRA ALBUQUER	
<b>Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO</b>			
<b>Profissionais:</b>			

**1 - MOBILIDADE NO LETTO PRE-OPERAÇÃO**

Relacionado a: TRATAMENTO

DOR

**2 - CONFORTO PREJUDICADO**

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

**3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A**

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

**4 - OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS**

Manhã Tardio Noite

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

20/11/2018 07:47

## HOSPITAL ANTÔNIO 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 454354 [1]		Nº: 30450865	20/11/2018 às 07:19

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

MT  
PACIENTE J. A.B., 33 ANOS, SEXO MASCULINO. 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]

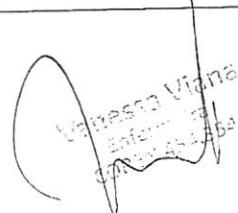
GERENCIAMENTO DE RISCO  
INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



Vanessa Viana  
Enfermeira  
454354

## FÓRMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 18:39

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 [1]		Nº: 30436445	19/11/2018 às 18:37

## OBSERVAÇÕES//INTERCORRENCIAS

Intercorrelências

PACIENTE NA RPA APOS POI DE FRATURA DE CLAVICULA [1]  
ESQUERDA, COM  
TIBOIA, ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR  
AMBIENTE, AO  
MONITOR: PA:125X63MMHG, FR:18RPM, FC:61BPM, SAT02:98%, T:36C,  
CURATIVO LIMPO, MEDICADO CPM. ENFA: MARTA MARIA 350020

  
Marta Maria Alves  
Coren 481199 - ENF

## EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 17:20

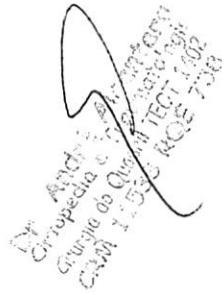
Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6	
Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO, MÉDICO, CRM 11538 [1]	Nº: 30432694	19/11/2018	às 17:19

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

REALIZADO REDUCAO INCRUENTA E PASSGEM DE FIO K EM  
COTOVELO ESQUERDO (OLECRANIZACAO)

[1]



Dr. Andre de Castro Alcantara Carvalho  
Cirurgião-Dentista  
CRM 11538  
RCF 7082

## FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

20/11/2018 07:38

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

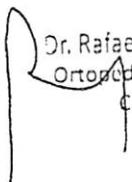
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]	Nº: 30451397	20/11/2018	às 07:37
--	--------------	------------	----------

## 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 atendente)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nasc.

Médico:

CRM:

\_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiologista 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:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- 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.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista 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).
- 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

Confirme que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, comprehendo 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 maio de 20 18

Hora: 11:48

Nome legível:

João Amaro Braga

Assinatura: J. A. Braga

CPF: 2009.610.843-41

### TESTEMUNHA

Nome legível:

Assinatura:

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme 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



Faz bem pra você

## FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

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

## CIRURGIA/ PROCEDIMENTO

## DIAGNÓSTICO

## AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório  
Tolerância ao exercício  Negativo  
 Hipertensão  
 Angina  
 Coronaropatia  
 Infarto do miocárdio  
 Insuf. Cardíaca  
 Outras \_\_\_\_\_

Respiratório  
 Dependência O<sub>2</sub>  
 Apnéia do sono  
 DIVAS recente  
 Expectoração  
 Outras \_\_\_\_\_

Gastrointestinal/hepático  
 Ref. Gastro-esofágico  
 Úlcera péptica  
 Vômito/ diarréia  
 Hérnia de hiato  
 Obst. Intestinal  
 Outras \_\_\_\_\_

Neurológico  
 Convulsões  
 Dormência/ fraqueza  
 Lesão medular  
 Outras \_\_\_\_\_

Renal  
 Doença renal crônica  
 Insuficiência renal  
 Outras \_\_\_\_\_

Hematológico  
 Transfusão prévia  
 Plaquetopatia  
 Outras \_\_\_\_\_

Músculo esquelético  
 Dor lombar  
 Musculodistrofia  
 Outras \_\_\_\_\_

Endócrino  
 Diabetes tipo \_\_\_\_\_  
 Patologia da tireoide  
 Outras \_\_\_\_\_

Câncer  
 Quimioterapia  
 Outras \_\_\_\_\_

Infeccioso  
 HIV  
 Outras \_\_\_\_\_

Gravidez  
 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-conceptual \_\_\_\_\_ semanas  
(Idade gest.+Idade atual)

Hábitos Sociais  
 Tabaco \_\_\_\_\_  
 Cigarros/dia  
 Álcool \_\_\_\_\_  
 Outras \_\_\_\_\_

Alergias  

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  VIEmergência:  Sim  Não

## Planejamento Anestésico

Comentários sobre os achados

DATA	HORA
ASSINATURA	

Anestesiologista CRM  
CRM 52.88822-8

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



**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: José Arnaldo Braga

Confirmação de local de destino:  Sim  Não

Setor: Emergência Leito: M03 Data: 19/11/18

Data de Nascimento: 13/01/85

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 dialise  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  Febre  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:

M. Viana

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

Dieta \_\_\_\_\_

Medicação de alto custo: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_



ANTONIO  
PRUDENTE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QÜEDAS

Data de Revisão:  
10/09/2018

Código:  
FORMULÁRIO: 015

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:  
1 de 1

Data da Elaboração:  
22/02/2017

Nome do paciente: João Amaro Branca  
Nº do prontuário:  
Leito: M03

Data de Nascimento: 13/03/1985

Data de admissão: 19/03/18

Data da realização da escala: 19/03/18

Itens	Escores-Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	Risco de queda anterior	1	Não Sim	1
B	Condições de saúde	1 2 2	1 Sem doenças Crônicas 2 Doenças Crônicas 2 Doenças oportunistas 2 Uso de medicamentos	1
C	Estado de consciência e orientação	1 2 4	1 Consciente/Orientado quanto às suas limitações de locomoção 2 Consciente / Parcialmente orientado quanto às suas limitações de locomoção 4 Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	1
D	Estado psico-cognitivo	1 2 3 4	1 Alerta e calmo 2 Depressivo 3 Ansioso 4 Agitação psicomotora	1
E	Comprometimento Sensorial	1 2 3 4	1 Sem comprometimento sensorial 2 Dificuldade auditiva 3 Dificuldade visual 4 Dificuldade sensorial	1
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1 2 3 4	1 Independente e sem fator de risco 2 Acamado 3 Locomove-se apenas com ajuda 4 Locomove-se com cadeiras de rodas 3 Locomove-se com ajuda de apoios de marcha 4 Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
G	Alterações nas eliminações	1 4	1 Não 4 Sim	1
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	Calazar
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-PE 308612 ENF

 <b>ANTONIO PRUDENTE</b>	<b>AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO</b>		
	Código: <b>FORMULÁRIO: 013</b>	Setor: <b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Data de Revisão: <b>10.09.2018- V.01</b>
	Página: <b>1 de 1</b>		Data da Elaboração: <b>20/03/2017</b>

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”**

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

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( <input type="checkbox"/> )	RISCO MODERADO( <input type="checkbox"/> )	RISCO BAIXO( <input checked="" type="checkbox"/> )
------------	--	--	--

#### MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de deficit 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 contra indicação 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**  
**REN-CE 308612 ENF**

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 11:24

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55001213	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 13327/3		
Profissional(is): LIDIA JOYCE PEREIRA COSTA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN [REDACTED] Nº: 30414768 19/11/2018 às 11:23 [16266111]			
<b>CONTROLE VITALICO</b>			
<b>SINAIS VITAIS</b>			
T	36.7 °C	[1]	
Pulso	71 bpm	[1]	
PA	120x80 mmHg	[1]	
<b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>			
GLICEMIA PELA FITA (DX)	94 mg/dL	[1]	

**AVALIAÇÃO DE RISCO ADULTO**

Pagina 1 de 1

19/11/2018 10:10

**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  
 Profissional(is): VIVIANE MARACOSTA VIANA ENFERMEIRO(A) COREN 308612115323 Nº: 30410032 19/11/2018 às 10:09

**QUEDA**

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**

Risco de flebite	NAO	[1]
------------------	-----	-----

**PERDA DE DISPOSITIVOS**

Risco de perda de dispositivo	NAO	[1]
-------------------------------	-----	-----

**BRONCOASPIRAÇÃO**

Risco de broncoaspiração	NAO	[1]
--------------------------	-----	-----

**LESÃO POR PRESSÃO**

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 308612115323  
 2. ENF



## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

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

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

## 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		[1]
Intestinais/ Urinárias	NEGA	
SONO/REPOUSO		[1]
Concilia Sono e Repouso	Sim.	
CONFORTO		[1]
Queixas de Dor	Não.	
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		[1]
Data	19/11/2018	
Hora	10:08	[1]
INTRA-OPERATÓRIO		
PÓS-OPERATÓRIO		

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

**FÓRMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO**

Pagina 1 de

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

19/11/2018 17:00

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 [1] Nº: 30430973 19/11/2018 às 16:44

**PRE-OPERATÓRIO**

Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]

**CONFORTO**
**INTRA-OPERATÓRIO**

Responsável Pelo Recebimento	ENFERMEIRA GEYZE	[1]
Hora	16:20	[1]
Sala	05	[1]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	INTEGRA	[1]
Início Da Anestesia	16:20	[1]
Término Da Anestesia	17:10	[1]
Início Da Cirurgia	16:30	[1]
Término Da Cirurgia	17:05	[1]
Instrumentador	NONATA PARTICULAR	[1]
Circulante	JACQUELINE E VICTOR	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	MSE	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[1]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Álcool	Sim	[1]
Éter	Sim	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INCISAO NO LOCAL DA CIRURGIA	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		[1]
Horário De Saída Da S.O	17:30	[1]

**OUTROS DADOS E SINAIS**

Sat O2	99 %	[1]
<b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>		
Data	19/11/2018	[1]
Hora	17:00	[1]

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 17:05

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 INTERCORRENÇIA E ENCAMINHADA PARA S.R.P.A COM PRONTUÁRIO 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]

### PÓS-OPERATÓRIO

**CHEKLIST CIRURGIA SEGURA**

Pagina 1 de 1

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

19/11/2018 09:55

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 MARIA COSTA VIANA ENFERMEIRO(A) COREN 308612 [1]		Nº: 30408890	19/11/2018 às 09:52

<b>DADOS DA ADMISSÃO</b>	
Data Da Cirurgia	19/11/2018
Hora Da Cirurgia	14:00
Cirurgia	LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO
<b>ANTES DE ENCAMINHAR AO CC</b>	
Setor De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA
Identidade Do Paciente	Sim.
Autorização Do Paciente	Sim.
Exames Complementares	Sim.
Exames Radiológicos	Sim.
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.
Higienização	Sim.

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



ANTONIO  
PRUDENTE

### TERMO DE CONSENTIMENTO

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

Fortaleza, 19 de Novembro de 2018.

Assinatura: Assinatura

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 CONFESSÃO 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 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 manteria convênio com este HOSPITAL sejam: TAXAS, DÍARIAS, 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 custos 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 às contas do paciente, que deverão ser saldadas e/ou amortizadas a cada três (3) dias mesmo que o paciente ainda não tenha 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 executorias 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

Nome:  
CPF

  
Responsável:  
CPF 961081341

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE  
CGC 5874946000109

## 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.

Declararam, 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 Almeida Braga.

Paciente com luxação do cotovelo

Esquerdo. Necessitando de redução

Intervento de urgência.

Forúm 19/11/18

Dr. Pedro Barreiro  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica do Jockey  
CREMEC 13798 TEOF 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](https://www.facebook.com/hapvida.saude) [@hapvidasaude](https://www.twitter.com/hapvidasaude) [www.hapvida.com.br](http://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

*Dr. André Alcantara  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica do Quadril TETO 1402-  
CRM 11538 RQE 7382*

Assinatura do Médico .

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BRFID18I8S2K0  
Solicitação da Senha : 29/11/2018 07:43:41

R3002

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

192.65.4.101

19 FEV. 2019

1433 Braga

(4)



ANTONIO  
PRUDENTE

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

## ATESTADO MÉDICO

Alesto 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:

22/11/18  
até

S531

Código da Doença  
19/11/2018

Local e Data

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

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BCOHU18I800K0

R3002

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

20/11/2018 07:40

192.85.4.101

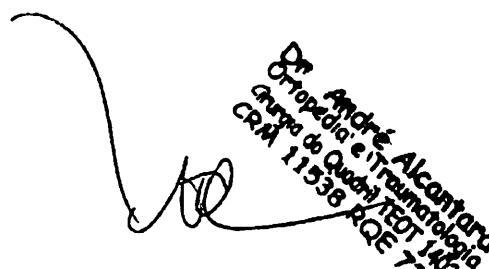
~~zambe~~



## LAUDO MÉDICO

PARA: JOAO AMARO BRAGA

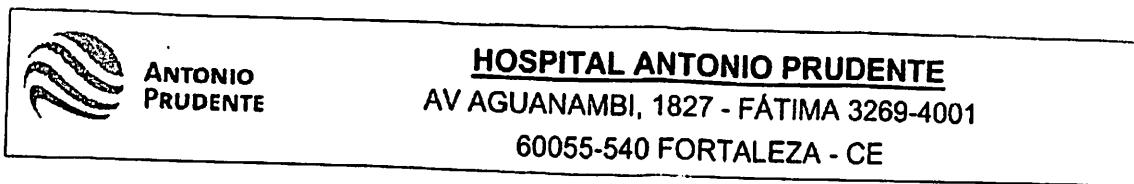
PACIENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO CIRÚRGICO  
DE LUXAÇÃO / INSTABILIDADE DE COTOVELO ESQUERDO.  
REFERE TRAUMA INICIAL POR ACIDENTE DE TRÂNSITO EM  
07/11/2018.



Dr. André Alcantara  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica do Quadril TOT 14653  
CRM 11538 RQE 7384

Fortaleza, 29/11/2018

1433 Braga W



## 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:

08/11/18 a

21/11/18

S43

-----  
Código da Doença

08/11/18

Local e Data

Assinatura do Médico

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM 12051

Dr. Jose Neias A. Ribeiro  
CRM 12051 / Fortaleza  
08/11/18

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BSFCI18I8N1K0

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

R3002

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

08/11/2018 02:05

192.85.4.101

Scanned by CamScanner



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

Dr. André Alcantara  
Ortopédia e Traumatologia  
CRM 11538 RG 1032  
CRM 11538 RG 1032

Assinatura do Médico

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BIZIY19I8S2K0  
Solicitação 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

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

NOME  
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF  
2008010066558 SSP CE

CPF  
048.217.413-77 DATA NASCIMENTO  
18/06/1990

FILIAÇÃO  
FRANCISCO BENTO  
RODRIGUES DA CRUZ  
MARIA DE FATIMA  
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO  
ACC  
CAT.HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
05034566735  
VALIDADE  
06/10/2022  
1º HABILITAÇÃO  
17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
FORTALEZA, CE  
DATA EMISSÃO  
16/10/2017

IGOR VASCONCELOS PONTE  
ASSINATURA DO EMISSOR  
65807059905  
CE161764037

CEARÁ

DENATRAN - CONIFERAN

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440

19 FEV. 2019

CONTRAN

DENATRAN

THOMAS GAGG-SOHN

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - CE**  
**CERTIFICO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
**Nº 014137103611**

**VIA** **01** **535169426** **000000000** **R.N.T.R.C.** **2018**  
**CÓD. RENAVAM** **EXERCÍCIO**

**JOÃO AMARO BRAGA**  
**NOME**

**\*\*\*\*\***  
**\*\*\*\*\***  
**FORTALEZA**  
**CE**

**CPF / CNPJ**  
**00961081341**

**PLACA ANT / UF**  
**0501942/CE**  
**CHASSI**  
**9C2KC1650DR302248**

**ESPECIE TIPO**  
**FAS / MOTOCICLON / NÃO AFET**  
**MARCA / MODELO**  
**HONDA / CG 150 TITAN E SD**

**CAP / POT / CL**  
**2P / 0CV / 1.49CC**  
**CATEGORIA**  
**FAT / TIC**

**ANO FAB** **2012** **ANO MOD** **2013**  
**COR PREDOMINANTE**  
**PRETA**

**VENC. COTA ÚNICA**  
**1º \***  
**PARCELAGEM / COTAS**  
**2º \***  
**3º \***

**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
**FNS (R\$)**  
**81,29**

**PRÉMIO TOTAL (R\$)**  
**DATA DE PAGAMENTO**  
**31/01/2018**

**PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)**  
**IOF (R\$)**  
**0,70**

**PRÉMIO TOTAL (R\$)**  
**DATA DE PAGAMENTO**  
**31/01/2018**

**PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)**  
**IOF (R\$)**  
**0,70**

**PRÉMIO TOTAL (R\$)**  
**DATA DE PAGAMENTO**  
**31/01/2018**

**LOCAL**  
**FORTALEZA**  
**DATA**  
**27/04/2018**

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**  
**CE Nº 014137103611 BILHETE DE SEGURO DPVAT**  
**Nº 00961081341**  
**0501942/CE**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR**

**SAC DPVAT 0800 022 1204**  
**014137103611**  
**40604753625**

**VIA** **01** **00961081341** **EXERCÍCIO** **2018** **DATA EMISSÃO** **27/04/2018**

**RENAVAM** **9C2KC1650DR302248** **PLACA** **0501942**

**MARCA / MODELO** **HONDA / CG 150 TITAN E** **Nº CHASSI**

**ANO FAB** **2012** **CAT TARIF** **FAT / TIC**

**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
**FNS (R\$)**  
**81,29**

**PRÉMIO TOTAL (R\$)**  
**DATA DE PAGAMENTO**  
**31/01/2018**

**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
**FNS (R\$)**  
**9,03**

**PRÉMIO TOTAL (R\$)**  
**DATA DE PAGAMENTO**  
**31/01/2018**

**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
**IOF (R\$)**  
**0,70**

**PRÉMIO TOTAL (R\$)**  
**DATA DE PAGAMENTO**  
**31/01/2018**

**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
**IOF (R\$)**  
**0,70**

**PRÉMIO TOTAL (R\$)**  
**DATA DE PAGAMENTO**  
**31/01/2018**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
**CNPJ 09.248.608/0001-04**



**DATA**  
**27/04/2018**

**00924**

Scanned by CamScanner

19 FEB. 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190151092      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO AMARO BRAGA      **Data do acidente:** 07/11/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA, CRM 5155, DE 11/02/2019.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190151092      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO AMARO BRAGA      **Data do acidente:** 07/11/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA, CRM 5155, DE 11/02/2019.

## DANOS

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

# PROCURAÇÃO

Outorgante João AMARO BRAGA  
Estado Civil SOLTEIRO Profissão Aux. de OPERAÇÕES  
Residente RUA CORONEL JOÃO CORREIA Bairro Bom JARDIM  
Municipio FORTALEZA UF CE Nascido 13 / 01 / 1985 CPF 009.610.813-41  
RG 05674218390 Emissor DETRAN-CE Em 21 / 06 / 2017

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

Sr,(a) João AMARO BRAGA

Ocorrido em 07 / 11 / 2018 Natureza: TPA

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

ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

**O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada:**

**Boletim de Ocorrencia, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros**

19 FEV. 2018

11

, DE Fevereiro

, DE

20 19.



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061362/19

**Vítima:** JOAO AMARO BRAGA

**CPF:** 009.610.813-41

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/11/2018

**Titular do CPF:** JOAO AMARO BRAGA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOAO AMARO BRAGA : 009.610.813-41

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

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

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/02/2019  
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ  
CPF: 048.217.413-77

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	009.610.813-41	JOÃO AMARO BRAGA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JOÃO AMARO BRAGA		CPF: 009.610.813-41		
Profissão: AUX. DE OPERAÇÕES	Endereço: RUA CORONEL JOÃO CORREIA	Número: 3372		Complemento:
Bairro: Bom Jardim	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60543-325	Tel.(DDD): 85985296730
E-mail: mc527310@gmail.com				

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1469**  CONTA: **13064** **3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

**MORTE**  
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **FORTALEZA, 07 DE FEVEREIRO DE 2019**

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
19 FEB. 2019

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



## 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.

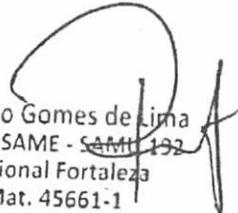
Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

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

ATO

  
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: SERVIÇO	Nº DA OCORRÊNCIA: 1738
DATA: 08/11/18	TURNO: Noite	EQUIPE: Camilo Silveira
NOME: José Amaro Braga		IDADE: 33
ENDERECO: C.R.P. 10 - COSTA E SILVA 3557		SEXO: M
REFERÊNCIA:		BAIRRO: S. C. S. 1012
QTY: 00:10	QUS: 00:15	QUY: 00:40
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TÓRACICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE

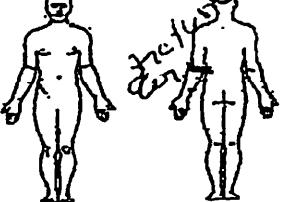
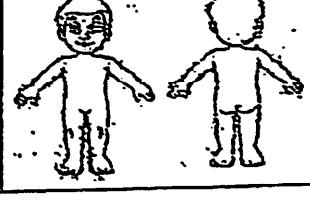
 PULSOS	<input type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:

 Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:

 Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO	
	<input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> FLUIFORME <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg
LOCAL:					

 Consciência	ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA (a) 4 Á VOZ <input type="checkbox"/> 3 Á DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1  TOTAL: 5	ORIENTADO (a) / FORM (p) CONFUSO (a) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (a) / INCONSOLÁVEL (p) SONS INCOMPREENSÍVEIS (a) / GEMENTE (p) NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	OBEDECE A COMANDOS LOCALIZA A DOR MOVIMENTO DE RETIRADA FLEXÃO ANORMAL EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA	

 Extremidades	PLÍPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS			

 Extremidades	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Pac. c/ hérnia em HSE com sangramento	

SAMPLA					
FC: 76	PA:	FR: 20	GLU:	OXIM:	TEMP.:

19.FEV.2019

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

pac. vítima de colisão motocicletas entre si, de capacete, ress. sincopal c/ d. fracc. multipla c/ edema e sangramento no MSE c/ dor no membro.

ASS. / COREN: *Asf*

## 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:

*DR. LUIZ J. TACOMÉGICO FRANCISCO*EM: *1/1* às *hs*

## COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: *1/1*

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

## TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: *1/1* às *hs*, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

09/01/2019 12:25

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 54772264

Prontuário: 16533875

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

Leito: 133227/3

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 C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO ZIOZI  
Assinatura

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 08.105.848-3

enel

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

D/C	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
D/C	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
F/C	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DA/C	2,77			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8BE0.C3B7.E043.I071.86D9.D74B.D258.DA86

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	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

VALOR (R\$)

138,48

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

10,10

ODONTO ART - 3292-4444

22,90

19º FEV. 2019

25/02/2019

VENCIMENTO

171,48

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Energia	31,44
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	149	147	148	140	156
JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
MED	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Agosto	Jul	Jun	May	Apr	Fev



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **558926532**  
**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

**DADOS DO CLIENTE**

Esta é a segunda via de

**JAN/2019**

Utilize o nº abaixo sempre  
 que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**7694250** DV **3**

**VENCIMENTO**  
**01/02/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**49,63**

**DESCRÍÇÃO DA CONTA**

**ENERGIA**

Consumo faixa 0-30 Kwh

Consumo faixa 31-100 Kwh

Rota 15 01230 30 0156300  
 End. da Unidade RU PRO CABRAL 00676 CS FUNDOS PQ. STA. ROSA FORTALEZA  
 Consumidora 60762770

RG / CPF / CNPJ 048.217.413-77

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Incl.  Consumo Faturado

FP	890	851	1	39	0	39
----	-----	-----	---	----	---	----

Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)

Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,17454	5,23
Consumo faixa 31-100 Kwh	9	0,29923	2,69

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
22/01/2019	20/02/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

33AA.934F.5D8B.A2AE.9E1B.E03A.7EC4.07CC

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	4,11
TRANSMISSÃO	0,44
DISTRIBUIÇÃO	2,34
ENCARGOS SETORIAIS	0,63
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,98

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

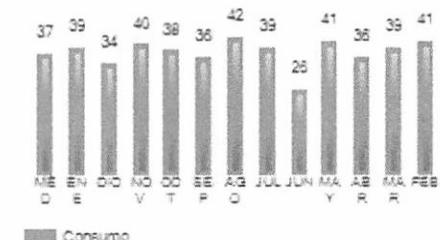
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,60

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Apuração Individual Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00		0,00			

**HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **7694250-3** Nº da Nota Fiscal: **558926532** Total a Pagar (R\$): **49,63**  
 Data de Emissão: **12/02/2019** Referência: **JAN/2019** Nº de Controle:

**19 FEV. 2019**

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.217.413 / 77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO AMARO BRAGA inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.610.813 / 41, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima JOÃO AMARO BRAGA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.610.813 / 41, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<b>RUA PROFESSOR CABRAL</b>		676	FUNDOS
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<b>PQ.SANTA ROSA</b>	<b>FORTALEZA</b>	<b>CEARA</b>	<b>60762-770</b>
<b>Email</b>	<b>RC527310@GMAIL.COM</b>	<b>Telefone comercial(DDD)</b>	<b>85 985296730</b>
		<b>Telefone celular (DDD)</b>	<b>85 999253719</b>

FORTALEZA, 12 de FEVEREIRO de 2018  
Local e Data

**19 FF/ 2018**



Assinatura do Declarante



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

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1491217732



NOME  
JOAO AMARO BRAGA

DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF  
98012032329 SSP CE

CPF  
009.610.813-41 DATA NASCIMENTO  
13/01/1985

FILIAÇÃO  
GENILVAL AMARO BRAGA

MARIA DO SOCORRO DE  
JESUS AMARO

PERMISSÃO ACC CAHAB  
[redacted] [redacted] 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

*Icon VASCONCELOS PONTE*  
ICON VASCONCELOS PONTE

58983541376  
CE159940036

ASSINATURA DO EMISSOR

**CEARÁ**

Scanned by CamScanner

19 FEB. 2019

IPA  
e  
DAMS

B.O.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	009.610.813-41	JOÃO AMARO BRAGA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JOÃO AMARO BRAGA		CPF: 009.610.813-41		
Profissão: AUX. DE OPERAÇÕES	Endereço: RUA CORONEL JOÃO CORREIA	Número: 3372		Complemento:
Bairro: Bom Jardim	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60543-325	Tel.(DDD): 85985296730
E-mail: mc527310@gmail.com				

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1469**  CONTA: **13064** **3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

**MORTE**  
 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <b>FORTALEZA, 07 DE FEVEREIRO DE 2019</b> Nome: _____ CPF: _____
--	--

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**João Amaro Braga**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**Assinatura**  
19 FEB. 2019

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Scanned by CamScanner

19 FEV. 2019



Impresso nº 2019100720

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 512 / 2019

*Dados da Ocorrência*

Natureza 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: **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** Ano Fabricação: **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 FRETE 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

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

---

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190151092**

**Vítima: JOAO AMARO BRAGA**

**Data do Acidente: 07/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOAO AMARO BRAGA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

**O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190151092**

**Vítima: JOAO AMARO BRAGA**

**Data do Acidente: 07/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você