

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220001071 Cidade: Pacatuba Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ANTONIO SOUZA DO CARMO Data do acidente: 10/11/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2022
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Sim
 Diagnóstico: FRATURA DE OLCRANO ESQUERDO COM LESÃO DO TRÍCEPS. P.2,7,32,33,36,45,58,
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SINOVECTOMIA, TENOPLASTIA, COLOCAÇÃO DE ÂNCORA, RECONSTRUÇÃO DE TRÍCEPS E TENODESE) E ALTA MÉDICA. P.23
 Sequelas permanentes:
 Sequelas:
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas:
 Documentos complementares:
 Observações: @53,54,60-61(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1619 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/08/2021 10:37:12**
Data / Hora da Ocorrência: **10/11/2020 15:50:00**
Endereço da Ocorrência: **R ARISTOBOLO QUEVEDO, MARAPONGA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE QUATEL DA PRE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO SOUZA DO CARMO**
Nascimento: **30/05/1986** CPF: **042.134.333-82**
OUTROS: **30588010** Orgão Emissor: **PM** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO**
ANTONIO LOPES DO CARMO
Endereço: **AVENIDA B, 200 CONDOMÍNIO MORADA DAS PÉTALAS, 515**
Bairro: **SENADOR CARLOS JEREISSATI III** CEP: **61.814-900**
Município: **PACATUBA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99627-3528**
Email:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMN4993** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2SD0510JR000009** Renavam: **1149394401** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CRF 1000L TE** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA**
Proprietário: **CE GOV POLICIA MILITAR DO CEARA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMN-4993-CE ERA ANTONIO CARLOS GALDINO DA SILVA, HABILITADO, CAT. HAB. AB, MAS NAO FICOU LESIONADO E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRO(ANTONIO SOUZA DO CARMO); QUE TRAFEGAVA PELA RUA ARISTOBOLO QUEVEDO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NAO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA, OCACIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO CARPO DE BOMBEIROS, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO:DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1619 / 2021

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature]

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:06

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:06

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:06

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:06

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:06

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:06

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:06



GUIA POLICIAL À PERICIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1619 / 2021

GUIA Nº 301 - 568 / 2021

FORTALEZA, 22 de Dezembro de 2021

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **ANTONIO SOUZA DO CARMO**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **30/05/1986**

Grau de Instrução: **ENSINO MÉDIO**

Filiação: **ANTONIO LOPES DO CARMO**

MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO

Documento de Identificação: **OUTROS**

Órgão Emissor: **PM**

Residência: **Avenida B, 200 Condomínio Morada das Pétalas, 515, Senador Carlos Jereissati III, 61814-900, Pacatuba/CE, Brasil**

Local da Ocorrência: **R ARISTOBOLO QUEVEDO, MARAPONGA - FORTALEZA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **10/11/2020 15:50**

Observação: **AFIRMA TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO PARA FINS DE DPVAT.**

Laudo para: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

Naturalidade: **FORTALEZA/CE**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Profissão: **SD POLICIA MILITAR**

Número: **30588010**

UF: **CE**

Handwritten notes:
 22/12/2021
 13/02/2023
 27/12/23
 2.ª.ª

Handwritten signature

Delegado(a): **FRANCISCO AFONSO DE SOUSA CURADO - 126823-1-X**

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERICIA FORENSE

Declaro que recebi a Guia de número 301 - 568 / 2021 em ____ / ____ / ____



**COMANDO DE POLICIAMENTO DE
RONDAS DE AÇÕES INTENSIVAS E OSTENSIVAS**



RELATÓRIO DE PESSOAL

DATA: 10/11/2020

Data: 10/11/2020

Turno: A Tipo: ACIDENTE EM SERVIÇO

Falta de Serviço

Policial: SD PM 28761 CARMO

Atestado?

SIM NÃO

Observações (Conste aqui as partes diversas)

Por volta das 16h20 O CB PM 25618 Antônio CARLOS Galdino da Silva MF.304.335-1-3 na função de terceiro homem conduzido a MR2498 de placa PMN4993 e o SD PM 28761 Antônio Souza do CARMO MF.305.880-1-0 na função de garupa ambos lotado na 1ª Cia do 1º BPRAIO e de serviço na equipe RAIO 05 sob o comando do 2º SGT PM 20666 DIOGENES, durante o deslocamento a equipe foi abordada por um popular informando que dois elementos em uma motocicleta tentaram realizar um roubo, a equipe então iniciou o deslocamento na tentativa de visualizar os suspeitos acionando todos os intermitentes e sinais sonoros de emergência, quando na Avenida Aristobolo Quevedo, nº195, bairro Maraponga colidiram na lateral do veículo de placa NSU5570 marca Fiat, modelo Uno Vivace de cor prata conduzido pelo Sr. Alexandre Cardoso Ribeiro residente na rua 06, nº56, Apto 103, bloco 03, bairro Itaperi portador do RG 99010020089, devido impacto o veículo veio a tombar, onde garupa SD PM CARMO foi arremessado da motocicleta colidindo na queda em uma veículo Toyota modelo Corola de cor preta, de placa HYD6757 conduzido pela Sra. Ana Carolina Alves Pereira moradora da rua Cajueiro Alegre, 514, Mondubim, portadora do RG 2085026721, o piloto CB PM CARLOS bateu na lateral do veículo ficando na motocicleta, foi acionado o socorro que de imediato comparecendo no local o RESGATE 032 a frente ST BM EDSON e o RESGATE 043 ST BM RAFANELE que realizaram os primeiros socorros no local. O CB PM CARLOS foi socorrido para o Hospital Unclinic, sendo atendido pelo Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas CRM 13993 que após realizar o atendimento inicial e exames, atestou a priori uma fratura no punho direito, possível fratura escapula, escoriações e dores nas costas, o SD PM CARMO foi socorrido para UF Centro onde foi atendido pelo Dr. Icaro Meton CRM4669, que após os primeiros atendimentos atestou suspeita de TCE (traumatismo craniano encefálico) sendo necessário a realização de exames tomográficos e contusões diversas, ambos ficaram internados em observação devido à gravidade do acidente. Com relação as partes civis envolvidas no acidente houve apenas danos materiais. Compareceu no local a perícia 7102 a frente o perito Ronaldo, a equipe CPTRAN 06 sob comando CB PM JULIO, Coordenador de policiamento do BPRAIO 1º TEN BRENO TIMBÓ. O reboque da PRE ORS8AS2 conduzido pelo 2ºSGT PM Wellington conduziu a MR2498 danificado devido a colisão para o pátio do CPRAIO. Ficha CIOPS M20201071203. AVARIAS MR: aro dianteiro empenado; sistema de farol quebrado, carenagem dianteira quebrada, possível empenamento do chassi, proteção de carenagem amassada.



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
 Governo do Estado do Ceará



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social

CERTIDÃO

Nº 09 / 2021.

O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, através do Batalhão de Socorro de Urgência - BSU, certifica para os devidos fins que a guarnição do Resgate 43, viatura modelo ambulância, atendeu a uma ocorrência de acidente de trânsito (Carro x Moto), na Rua – Aristóbolo Quevedo S/N em frente ao quartel da PRE, Bairro – Maraponga, às 16:12h do dia 10 de Novembro de 2020, tendo como vítima Antônio Souza do Carmo, 34 anos de idade, que foi conduzido para o hospital IJF Centro.

Quartel em Fortaleza, 26 de Abril de 2021

Recebi em: ____/____/2021

CPF/RG _____

Ademir de Sousa Pinto

Ademir de Sousa Pinto - ST BM

Matrícula: 113.811-1-1

Aux. Adm do BSU/CBMCE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria de Segurança Pública
e Defesa Social

Polícia Militar do Ceará



SOLUÇÃO PUBLICADA
B1 - CPRAIO Nº 052
DATA: 24/12/2020


RESPONSÁVEL

SOLUÇÃO DE ATESTADO DE ORIGEM - (A.O)

Nota nº 409/2020/AO/CPRAIO, de 23/12/2020 - O Ten. Cel. PM, respondendo pelo comando do CPRAIO, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com as disposições contidas na Portaria nº 182/2007, publicada no BCG nº 177 de 18/09/07, após análise dos autos do Atestado de Origem instaurado sob a Portaria nº 090/2020/AO/CPRAIO, procedida pelo pelo Maj. QOAPM Wilma Andrade Monteiro Filho, M.F: 107395-1-9, sobre o fato relatado na documentação em anexo, envolvendo o Sd. PM 28761 Antônio Souza do Carmo, M.F: 305880-1-0, lotado na 1ª CIA/1º BPRAIO-Fortaleza, que no dia 10/11/2020 durante o serviço e em atendimento de ocorrência, veio a colidir com um automóvel. O Paciente foi socorrido ao Hospital IJF e atendido pelo Dr. Icaro Meton, CRM-4869, e foi liberado pelo Dr. Rafael C. Lima Maia, CRM-14014/RQE-9200, que prescreveu 10 (dez) dias de afastamento, e no dia 16/11/2020, compareceu ao Hospital Ana Lima em Maracanaú, e foi atendido pelo Dr. João Paulo Pinheiro Araújo, CRM-15434, que prescreveu 15 (quinze) dias de afastamento, e no dia 02/12/2020 foi atendido pelo Dr. Bruno de Brito Botelho, CRM-9329 com o diagnóstico de ruptura de tendão tríceps distal esquerdo, CID M62.8, que prescreveu 60 (sessenta) dias de afastamento de suas atividades laborais, Resolve:

1. Homologar o parecer do encarregado no presente Atestado de Origem, emitido na fl. 16, em face do disposto no Caput do art. 2º, da Portaria nº 182/2007, publicada no BCG nº 177 de 18/09/07, onde se constatou que o acidente supracitado ocorreu em objeto de serviço, o qual resultou no afastamento total por 85 (oitenta e cinco) dias das atividades laborais, até a solução do presente procedimento;
2. Determinar ao Cmt. imediato do policial beneficiado que proceda a transcrição nos assentamentos funcionais do resumo dos fatos acontecidos, conforme dispõe o caput do art. 10 da Portaria nº 182/2007, publicada no BCG nº 177 de 18/09/07;
3. Publicar a presente solução em Boletim Interno do CPRAIO, para que surtam seus efeitos legais decorrentes;
4. Arquivar cópia dos autos do Atestado de Origem instaurado sob a Portaria nº 090/2020/AO/CPRAIO na seção competente para fins de eventuais consultas.

Fortaleza-CE, 23 de dezembro de 2020.


M.º José Kilderlan Nascimento de Sousa – Ten. Cel. PM
RESPONDENDO PELO COMANDO DO CPRAIO
M.F: 108098-1-9



ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO DADOS PESSOAIS

Atendimento 70438915

iIN | 2"

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

05/05/2021 17:20:00

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1988	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30588018 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
r/v B,200 - JEREISSATE 3, MARACANAU(CE) CEP 6100000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
86223328				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	22 HAPVIDA		
	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CUTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
031F4901271008018			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116308-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
24/11/2023	20:37		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
4066233 FERNANDA BEZERRA MOREIRA			1-MEDICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)
CARIMBO/ASSINATURA MÉDICO			

RA210RA 01/02/2023 18:14:49

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Fátima 22851
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:17

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70436915	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): FERNANDA BEZERRA MOREIRA CRM 21501 (1)	Nº: 61402470	28/11/2020	às 20:43
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COMPARECE COM QUADRO DE DOR EM REGIÃO DE BRAÇO ESQUERDO EM AGUARDANDO DE CIRURGIA DE MANEIRA ELETIVA PARA CORREÇÃO DE RUPTURA TENDÃO TRICEPS. NEGA ALERGIAS. REFERE ANSIEDADE PARA REALIZAR A CIRURGIA.	(1)
	AD EXAME: RESTRIÇÃO DO MOVIMENTAÇÃO DE BRAÇO. BEG AAA, EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO, ORIENTADO E COOPERATIVO NEURO PIRF SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS FOCAIS AC: RCR, 2T.BNF SS AP-MVU + SEM RA ABD: PLANO, RHA, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM VISCEROMEGALIAS E MASSAS EXT: PPP, BEM PERFUNDIDOS E SEM EDEMAS CONDUITA: 1. Faço orientações. 2. Explico sinais de alarmes. 3. Oriento retorno precoce em caso de piora clínica. 4. Prescrevo medicação IM agora 5. Prescrevo medicação para tratamento domiciliar. 6. Sigo protocolo. 7. Paciente compreende as medicações prescritas.	

Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA	(1)
CID10	M628 OUTROS TRANSTORNOS MUSCULARES ESPECIFICADOS	(1)
Alergias	Não	(1)
Medicação Em Uso	Não	(1)
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	(1)
Comorbidades	Não	(1)

EXAME FÍSICO

Frequência Cardíaca	99 bpm	(1)
Sat O2	98 %	(1)
Nível De Consciência	0	(1)
Resposta Motora	6	(1)
Resposta Verbal	5	(1)

DIAGNÓSTICO

CID10	M628 OUTROS TRANSTORNOS MUSCULARES ESPECIFICADOS	(1)
CID10	M628 OUTROS TRANSTORNOS MUSCULARES ESPECIFICADOS	(1)

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo	Protocolo: H033: Dor Musculoesquelética v32 Passos Executados: 1) Tratamento: [Trauma Simples Racontá] Tratamento Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:53
---------------------	---

CONFERE CI PRONTUÁRIO
 FELICIA 22147
 Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:17

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1965	Atendimento: 70436915	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Data de execução: 28/11/2020 23:53 Última modificação: 28/11/2020 23:53 Executado: True Re-executado: Não			
2) Receita: [Trauma simples recente] Receita Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:53 Data de execução: 28/11/2020 23:53 Última modificação: 28/11/2020 23:53 Executado: True Re-executado: Não			
3) Auxílio Conduta: Classificar Dor Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:53 Data de execução: 28/11/2020 23:53 Última modificação: 28/11/2020 23:53 Executado: True Re-executado: Não			
Protocolo: H003: Dor Músculoesquelética v32			
Passos Executados:			
1) Auxílio Conduta: Classificar Dor Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:56 Data de execução: 28/11/2020 23:56 Última modificação: 28/11/2020 23:56 Executado: True Re-executado: Não			
2) Receita: [Trauma simples recente] Receita Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:56 Data de execução: 28/11/2020 23:56 Última modificação: 28/11/2020 23:56 Executado: True Re-executado: Não			
3) Testamento: [Trauma Simples Recente] Tratamento Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:56 Data de execução: 28/11/2020 23:56 Última modificação: 28/11/2020 23:56 Executado: True Re-executado: Não			

ASI-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49ASI-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49
CONFERE O PRONTUÁRIO
Michele 27891
Assinatura

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/2021
CONFERE COM O ORIGINAL DO RE

Vicente Evangelista Duarte
2º Ten. OAPM
Mat. 108.853-1-X/PM CE

HOSPITAL
ANA LIMA

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA
61939-915 MARACANAU - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ANTONIO SOUZA DO CARMO às 14:33, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 16/11/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M02B

Código da Doença

401.11 | 2do

Local e Data

Assinatura do Médico

JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

CRM 15434

Aceite e Colocação do CID. Assinado US

Código de Autenticação : B0HQ10J7R32
Solicitação da Senha : 16/11/2020 10:08:06

Dr. João Paulo Pinheiro Araujo
Otorrinolaringologista
RQE 10324
CRM/REC: 15434

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/2021
CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ

Vicente Evangelista Duarte
2º Ten. DOADM
Mat. 108.853-1-X / PM/CE



ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

R AGUANAMBI, 1827 - FATIMA (11)633533-3369
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ANTONIO SOUZA DO CARMO às 15:35, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 02/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M28

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

BRUNO DE BRITO BOTELHO

CRM 9329



Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BNJPC2U7F1K0

ASL-0000978/22 alexia.pvital 01/02/2023 18:14:49

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 704507608640920 **Admissão:** 10/11/2020 16:59
Nome: ANTONIO SOUZA DO CARMO
Pront.: 5357066 **Data Nasc.:** 30/05/1986 **Idade:** 34 ano(s) 10 mes(es) e 7 dia(s) **Tel.:**
Mãe: MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO
Sexo: Masculino **RG:** 04213433382 **Município:** PACATUBA
CEP: 61814004 **Bairro:** SENADOR CARLOS JEREISSATI
Endereço: B, Nº: 200

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA **Classificador:** DENISE SALES ARACANJO **COREN:**175063 **Horário:** 10/11/2020 17:04
Queixa: Vítima de colisão moto x carro evolui com desorientação.
Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
Discriminador: ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA
Autoagressão: Não
Sato02: **Glasgow:** **Temp.:** **Glicemia:** **Régua dor:** **Pulsor/FC:** **PA:** **FR:**

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: DIEGO GERMANO MAIA **CRM:** 11995 **Nº:** 688727 **Horário:** 10/11/2020 17:41
Acidente: Sim **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: OBSERVAÇÃO 6
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO. HISTORIA DE DESORIENTAÇÃO SEM SINCOPE.
 MANTEM-SE GCS 14 (AO 4 RV 4 RM6), SEM SINAIS DE FRATURA, SEM QUAISQUER SINAIS DE DOR TORACICA E
 ABDOMINAL. MOBILIZA ADEQUADAMENTE 4 MEMBROS.
 CD: 1) SOL TC CRANIO, CERVICAL, RX TORAX, BACIA.
 2) NEUROC, CIR GERAL E TRAUMATOLOGIA.

ALTA

Data: 11/11/2020 12:53

EVOLUÇÃO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
RAI TIRADA

DATA: 06/04/2021
 MATRÍCULA: 51022
 SERVIDOR (A)

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 704507608640920 Admissão: 10/11/2020 16:59
 Nome: ANTONIO SOUZA DO CARMO
 Pront.: 5357068 Data Nasc.: 30/05/1986 Idade: 34 ano(s) 10 mes(es) e 7 dia(s) Tel.:
 Mãe: MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO
 Sexo: Masculino RG: 0421343382 Município: PACATUBA
 CEP 61814004 Bairro: SENADOR CARLOS JEREISSATI
 Endereço: B. N.º: 200

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional	
10/11/202	17:04	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

PRESCRIÇÃO

Médico: SUZANNA ARAUJO TAVARES BARBOSA CRM 10820 10/11/20 20:20

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP - ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE DOR INTENSA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP - ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA - ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP - ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 3 </BR> SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR> FASE(S) 1,2,3 VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta
 Observação
 Referência para:
 Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
 MATRIZ
 DATA 06/11/2021
 51022
 SERVIDOR (A)



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71222348

!j9:S"

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

05/05/2021 17:21:32

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441321	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1986	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30988010 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
AV B,200 - JEREISSATE 3, MARACANAU(CE) CEP 6100000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
98273528				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA	COLETIVO	
Carteira	Validade		
031F40012710080183			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
05/01/2021	07:48		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
2505002 FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

RACIONAL - R. 107 - MARLENE APALIXO FERREIRA

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:20

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO Dt. Nasc.: 30/05/1966 Atendimento: 71222345 Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR CRM 15194 (1) Nº: 63067294 05/01/2021 49 08:15

ANAMNESE

Queixa Principal	NAO RESPONDEU AO CHAMADO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	BB >CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	Z017 EXAME DE LABORATORIO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	Z017 EXAME DE LABORATORIO	[1]
CID10	Z017 EXAME DE LABORATORIO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:26

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 71222348	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): BSLNO DE BRITO BOTELHO CRM 8409 (1)	Nº: 63072494	05/07/2021	At 09:55
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim		(1)
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	05/01/2021		(1)
Hora Da Alta	09:55		(1)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:20

Paciente: ANTONIO SOLIZA DO CARMO	DT. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 71222548	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9028 (1)		Nº: 63072401	05/01/2021 / 49 09:53
ANAMNESE			
Queixa Principal	pos-op de lissao do triceps a esq dor no local recomendo fisioterapia de reabilitação		(1)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:20

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1955	Atendimento: 71222348	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVEDA	Posto:	Leito:	
Profissional(is): FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR CRM 15195 (1)	Nº: 63067316	05/01/2021	08:16
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim		[1]
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	05/01/2021		[1]
Hora Da Alta	08:16		[1]

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71568750

!j[zU"

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

05/05/2021 17:22:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1988	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30588010 SSP CE	4212433352		1-CASADO	
Endereço				
AV B,200 - JEREISSATE 3, MARACANAÚ(CE) CEP 6100060				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
96273528				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CUTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
031F40012710080183,			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
16/01/2021	07:27		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
803400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)		Temperatura (°C)
<p>ASL-0000978/22 alexia.pvital 01/02/2023 18:14:49</p>			
CARMO / ASSINATURA MÉDICO			
<p>ASL-0000978/22 alexia.pvital 01/02/2023 18:14:49</p>			

843109A-01.05 MARLENE APALDO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:21

Paciente: ANTONIO SOLIZA DO CARMO	DI. Nasc.: 30/05/1965	Atendimento: 71568750	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Letão:	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 8329 (1)		Nº: 63782244	19/01/2021 07:39
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim		(1)
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	19/01/2021		(1)
Hora Da Alta	07:39		(1)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/05/2021 09:21

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 71568750	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(s): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 8329 [1]	Nº: 63782181	19/01/2021	As 07:37
ANAMNESE			
Queixa Principal	PROCESSO INFECCIOSO EM CICATRIZ DO COTOVELO RECOMENDO USO DE ANTIBIOTICO		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 -CID10 NÃO AGRUPADOS-		[1]
CID10	S51 FERIMENTO DO ANTEBRACO		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
Comorbidades	Não		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S51 FERIMENTO DO ANTEBRACO		[1]
CID10	S51 FERIMENTO DO ANTEBRACO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71740478

!jm'q"

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

05/05/2021 17:22:30

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1988	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30588010 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
AV. B.206 - JEREISSATE 3, MARACANAÚ(CE) CEP 8100000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
96273528				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	22 HAPYIDA		
	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
031F40012710080183,			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
25/01/2021	07:27		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente		Clínica	
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

043109A (7.30) MARLENE ARAUJO FERREIRA



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

03/12/2020 13:16

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
174-9-331	ANTONIO SOLIZA DO CARMO	M	30/05/1986	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30688010 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
AV B 200 JEREISSATE 3 MARACANAÚ-CE CEP:6100000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
96273528		MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMIM - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
02/12/2020	12:55		
Médico Atendente		Clínica	
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO		0-INTERNACAO	
Avaliação médica			
[Handwritten signature]			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano
22-HAPVIDA	CAIXA BENEFICENTE DOS MILITARES DO CEARA
Carteira	Validade
031F4001271008018	14-NOSSO PLANO ENFERMIA - COLETIVO

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
123456	99996666	D95551041	INTERNAÇÃO
123456	30736056	D95551041	RECONSTRUÇÃO, RETENÇÃO OU REFORÇO DE LIGAMENTO
			Material - 99170358 - ANCORAS MONTADA - QTDE 2
123456	30736013	D95551049	SINOVECTORIA TOTAL DO COTOVELO
123456	30731119	D95551058	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO
123456	30731089	D95551161	TENOSE
45134552	32030090	D82085387	RAIOX COTOVELO

NOTA DE SALA

5186807

Atendimento:	7052206	Prontuário:	17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	HAPVIDA
Cirurgia(s):	40738056	RECONSTRUÇÃO, RETENÇÃO OU REFORÇO	Tipo Anestesia:	BLOQ PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA	
	00738013	SINOECTOMIA TOTAL DO OTOVELO	00731119	TENOPLASTIA ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO	
	00731080	TENOLOSE			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02		Sector Emitante:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apfo.: 4017
Equipe Médica:	CIRURGIAO	803400	BRUNO DE BRITO BOTELHO	CRM	9029
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	1570825	DAVI MARINHO DE ARAUJO	CRM	13177
	ANESTESISTA	20410339	HELDO BEZERRA MARTINS	CRM	3380

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	40	118895	CISATRACURIO 10MG/ML SOL INJ AMPL 5 ML	2
81371	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 1324.5 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	1	143419	FENTANILA 50MG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X17 - 1 UD	1	42912	KEFADOL FRAP 1 UD	2
034865	AGULHA STIMPLEX 30 G-22X2 - 1 UD	1	81529	NAROPIN SP 7,5MG 20 ML AMPL 20 ML	1
81738	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	134158	NOVABRUSIAD 0.5% FRAP 1 UD	1
81061	ALGODAO HIDROFLO - 500 GR	40	120105	ONDANSERONINA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
27020	ARRUELA R MONITOR DESCARTAVEL CII - 1 UD	5	48542	PROPOFOL 10MG/ML ML AMPL 20ML AMPL 20 ML	4
71044	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	43784	SORO FISIOLOGICO 0.9% 1000 ML TUBO 1000 ML	1
152357	CAMPIC INFERNEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	43880	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
81060	CAMEIA DESCARTAVEL PI 88TURI - 1 UD	1	38043	TRAMADOL 100MG/ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	48231	XILOCAINA CIRD 2% 20 ML FRAP 20 ML	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1			
133865	CLOREXEDINA 0.2% AQUEOSA FRAS 1000 ML	1,50			
133866	CLOREXEDINA 0.8% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	1,50			
112212	CLOREXEDINA DERMOEMANIE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	2,00			
135880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERL CII 90 - 1 UD	5			
114084	EQUIPO SIMPLES GUNJETOR LATERAL - 1 UD	1	16	Gases e Aparelhos	
50657	ESPARADRAPO IMPERME 10CMX4,5M TUBO 450 CM	50	4	TAXA DE SALA	Início: 17:05 Fim: 18:20
110804	EXTENSOR 120 CM (18L) RINCO - 1 UD	1	20	TREPANO	Início: 17:05 Fim: 18:20
130823	EXTENSOR 80 CM CII VAS - 1 UD	1	15	OXIGENIO	Início: 17:05 Fim: 18:20
115496	FIO MONONYLON (I) 1637 - EMBON BR 3-0 ENV 1 UD	1	16	BISTURI ELÉTRICO	Início: 17:05 Fim: 18:20
151825	FIO Q VICRYL (PG1200) - POLYGLACTIN VIT 2 ENV 1 UD	1	22	MONITORIZACAO	Início: 17:05 Fim: 18:20
103859	FIO Q - PDS10K VICRYL ENV 1 UD	1	25	OXIMETRO DE PULSO	Início: 17:05 Fim: 18:20
133205	GAZE 12X10 (STERE) PCT CII6 PCT 1 UD	4		STIMPLEX	Início: 17:05 Fim: 18:20
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 80 UD	5			
60944	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
30615	LAVA DE PROCEDIMENTO M CX 30 PA	1			
30651	LAVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	3			
30680	LAVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	1			
30686	LAVA DESC ESTERIL N-8.5 - 1 PA	1			
30114	MALHA TUBULAR 10 CM RCOE 1500 CM	1,00			
50922	MASCARA DESCARTAVEL TRPLA CAMADA CII FRAS PCT 50 UD	5			
81004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	1,00			
120454	PARAFUSO DE ANCORA - 1 UD	1			
130973	PLACA DESCARTAVEL PBISTURI ADULTO - 1 UD	1			
80849	PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30864	SERINGA DESC: 10 ML LUBD SUP USA SERI 10 ML	1			
30868	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1			
30873	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
09410	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

00009781/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:14:49
 ASL-00009781/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:14:49

FICHA DE ANESTESIA



Nome: Adriano Sauer Campos Data: 02.12.20
 Idade: 34a Sexo: M
 Profissional: 17441351 Convênio: UNY VIDA
 Diagnóstico: _____
 Cirurgião: Luiz Roberto de Almeida Anestesiologista: Blagmar + Sérgio
 Cirurgião: Paulo Antônio ASA: I

HR	17:10	30	18:30
PA	[Handwritten line]		
FC	[Handwritten line]		
SpO2	[Handwritten line]		

LIQUIDOS: 1 A E
 CARDIOSCOPIO PRESSÃO NÃO INVASIVA CAPNOGRAFO OXÍMETRO DE PULSO PRESSÃO INVASIVA



DRUGAS	QUANTIDADE	EVENTO
1. Succinil 25 S/A	0	Indução e manutenção, 4/10ml
2. Furosemida 40, S.C. 1/AD	10	Alta diurese no início da cirurgia
3. Fexofenadina	11	de prevenção de reação alérgica por uso
4. Ultrasection	12	prevenção de reação alérgica por uso
5. Propofol	13	Realizado bloqueio traqueal de 2/3
6. Neptazide	14	realizado sob observação de SPPA
7.	15	
8.	16	PA = 120x80
9.	17	FC = 86
10.	18	SPO2 = 98%

LIQUIDOS	VOLUME	PERÍODOS	VOLUME	BALANÇO	Emissão:	Oro	Bisco	Bovide
CaF 500ml	1000ml				Respirador	<input checked="" type="checkbox"/> Espont	<input type="checkbox"/> Assist	<input type="checkbox"/> Mecânic
Plasma	500ml				Adsorvedor de:	<input type="checkbox"/> Ben	<input type="checkbox"/> Com	
					Pré-oxigênio:	<input checked="" type="checkbox"/>	Local de Posição:	
					Agulha:		Tubo:	
Condição final op:	Satisfeito				Início:	17:10h	Fim:	18:30h
					Duração:	1h 20h		

Intercorrências pré. op: não
 Ass. Anestesiologista - CRM: Hélio 5380

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:25

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PCA	Leito: B-031	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1]		Nº: 61571554	02/12/2020 às 18:20
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Cirúrgico	S-4E3 TRAMATISMO DO MUSCULO E TENDAO DO TRICEPS		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	02/12/2020		[1]
Hora Da Cirurgia	18:21		[1]
Cirurgia	RECONSTRUCAO DE TENDAO SINOVECTOMIA TENOPLASTIA TENODESE		[1]
Indicação Cirúrgica	LESAO DO TRICEPS NO BRAÇO ESQ		[1]
Cirurgião	DR BRUNO BOTELHO		[1]
1º Auxiliar	DR DAVI MARINHO		[1]
Anestesiata	DR HELDO MARTINS		[1]
Descrição Cirúrgica	Decúbito dorsal Assepsia e antiseptia Acesso posterior ao cotovelo Divisão por planos Identificação dos cotos do tendão Regularização dos bordos Sinovectomia e tenoplastia do cotovelo Colocação de âncora no diaframa Reconstrução do tríceps, com reinserção no diaframa Tenodese com reforço de fio de alta resistência Hemostasia e limpeza Sutura por planos Curativo estéril Imobilização com tala		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30736056, senha D95551041 30736013, senha D95551049 30731119, senha D95551058 30731099, senha D95551161		[1]
CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON			

 Dr Bruno Botelho
 Ortopedi e Traumatologia
 CRM 9329/RCS 4498

 ASL-0000978/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:14:49

 ASL-0000978/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 17:28

 Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO Dt. Nasc.: 30/05/1986 Atendimento: 70522046 Prontuário: 17441331
 Convênio: HARVIDA Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS POA Leito: S-03/1

 Profissional(is): KARLA JULIANA ALMEIDA DE MORAES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 81569178 02/12/2020 às 17:28
 COREN: 1335222 [1]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	02/12/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	17:05	[1]
Cirurgia	FRATURA DE COTOVELO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Paciente Refere Alergia	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	SIM	[1]
Via Aérea Difícil	SIM	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	SIM	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRURGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda	[1]
Paciente Certo	SIM	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM	[1]
Procedimento	SIM	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM	[1]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM	[1]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM	[1]

 Geyze Soluções
 Estéril
 COREN-CE: 499.144

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 17:29

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HARVIDA	Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS POA	Leito: S-03/1	
esterilização Do Material Confirmada E Validada			[1]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM		[1]
As Preocupações Especificas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM		[1]
AO TERMINO DO PROCEDIMENTO			
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM		[1]
Ao Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM		[1]
Amostras Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NÃO		[1]
Preenchimento De Guias E/De Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM		[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM		[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM		[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento			[1]
Especificar	DORSAL		[1]

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:30

 Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO Dt. Nasc.: 30/05/1966 Atendimento: 70522046 Prontuário: 17441331
 Convênio: HAPVIDA Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: 5-03/1

 Profissional(is): KARLA JULIANA ALMEIDA DE MORAES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM Nº.: 81589224 02/12/2020 44 17:50
 COREN 1335222 (7)

PACIENTE

Data De Admissão: 02/12/2020 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia: Eletiva [1]

Data Da Cirurgia: 02/12/2020 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto: FRATURA DE COTOVELO [1]

Pulseira De Identificação: MSD [1]

Comorbidades: NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência: KEFAZOL 250 [1]

Alergia- Descrição: NEGA [1]

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recobrimento: ENF GEYZE [1]

Hora: 17:05 [1]

Sala: 06 [1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia: INTEGRAS [1]

Início Da Anestesia: 17:10 [1]

Término Da Anestesia: 18:30 [1]

Início Da Cirurgia: 17:45 [1]

Término Da Cirurgia: 18:20 [1]

Instrumentador: LIA [1]

Circulante: ANDRÉIA E KARLA [1]

Posição do paciente durante o ato operatório: Dorsal [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado: ESQUERDO [1]

Numero Inicial De Compressas: 20 UD [1]

Contagem Final De Compressas: 20 UD [1]

Clorexidina Alcolico: Sim [1]

Clorexidina Degermante: Sim [1]

Tipo: Elétrico [1]

Numero De Série: 05083 [1]

Coilção Térmico: Não utilizou [1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia: SUTURADA+CURATIVO [1]

Grau De Contaminação: LIMPA [1]

Encaminhamento Do Paciente: SRPA [1]

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO
 Convênio: HAPVIDA
 Postor: SALA PARA PROCEDIMENTOS POA - HAPFOR

Dr. Masc.: 30/05/1986
 Nº Prescrição: 0028798646
 Leito: S-031

Atendimento: 70522046
 02/12/2020 às 15:31
 Peso: 80,00 kg

Prontuário: 17441351
 4014.L.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL ADULTO / PARA ALDADE 3/3h ORAL

Prescritor: CRM-9329

2. Hidratação Venosa Fase Única Vol. Total: 500 ml 7 glic/ml Acesso Periférico

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20,83 ml/Kcal/dia 500ml

Prescritor: CRM-9329

3. CEFAZOLINA SÓDICA (1.00g) 1g 1 FRAP FRAP C/10MG 8/8h EV

(0,1%) Água Destilada 10ml

Prescritor: CRM-9329

4. CETOPROFENO IV (100,00mg) 100mg 1 FRAP FRAP C/10MG 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100ml

Prescritor: CRM-9329

5: DIPIRONA AMP (500,00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMP. C/ 100MG) 8/8h EV

Água Destilada 18ml 500MG

Prescritor: CRM-9329

6. TRAMADOL (50,00mg/ml) 100mg 2 ML (AMP. C/ 100MG) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

Prescritor: CRM-9329

7. PLAMLET (5,00mg/ml) 10mg 2ML (AMP. C/10MG) 8/8h EV

Água Destilada 18ml

Prescritor: CRM-9329

8. PUNICAO C/ JELCO 2ML (AMP. C/10MG) 8/8h EV

SN

Prescritor: CRM-9329

9. SINAIS VITAIS

RPI 531 TCIADA BARROS DE SOUSA 30/12/2020 23:22 R# 192 854.101

[Handwritten Signature]
 Alexandre Vital
 01/10/2023 18:14:49



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 28801928	03/12/2020 às 01:51	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4017/1	Enfermeiro(a):	YIGIANA BARROS DE SOUSA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:

Mantido: Não Mantido:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Mantido:

Mantido: Não Mantido:

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR Mantido:

Mantido: Não Mantido:

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido:

Mantido: Não Mantido:

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS Mantido:

Mantido: Não Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:

Mantido: Não Mantido:

Alexia
Alexia P. Vital
Enfermeiro
(020912 0519)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Ext. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 28801629	01/02/2020 às 01:52	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4017/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: TÍCIANA BARROS DE SOUSA (COREN 594845)			
1- INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Respiratória	Mantido		
Sinais Vitais - Temperatura	Mantido		
ELIMINAÇÕES	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
ATIVIDADE MOTORA	Mantido		
ACEITAÇÃO DA DIETA	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49


Ticiano Barros de Sousa
Enfermeira
COREN 594845
ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
02/12/2020 20:28

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	DI. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70522048	Preletuário: 17441331
Convênio: MAPVIDA	Nº Prescrição: 28739415	02/12/2020 às 20:28	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 211-RP/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521462 1			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Método:	1) OK
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Método:	1) OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS	Método:
---------------	---------

II - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Método:
-----------------------------	---------

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

Alexia
Prof. Alexia Saunders Guedes
02/12/2020 20:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	De Naso.: 30/05/1966	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 28789420	02/12/2020 às 20:28	
Pasto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 211-RP/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissional: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521432)			
1 - ADMITIR/INSTALAR			
OXÍMETRO DE PULSO	Realizado		
MONITOR CARDIACO	Realizado		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRÃO RESPIRATORIO	Realizado		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

Alexia
Enfermeira
R. Santa Cruz, 1000 - Santa Cruz
Rio de Janeiro, RJ

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2020 01:51

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70522045	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4017/1	
Profissional(is): TICIANA BARRROS DE SOUSA [ENFERMEIRO(A), COREN 594845 (1)]	Nº: 61584122	03/12/2020	05 01:47

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid.	[1]
Evolução da enfermagem	<p>PLANTAO NOTURNO</p> <p>A.S.C., 34 ANOS, SEXO MASCULINO, HD: POI LESÃO DO TRICEPS NO BRAÇO ESQUERDO, NEGA ALERGIA, NEGA COMORBIDADE.</p> <p>ADMITIDO NO POSTO 4B PROVENIENTE DA RPA, EM POI DE TTO CIRÚRGICO DE LESÃO DO TRICEPS NO BRAÇO ESQUERDO COM DR BRUNO BOTELHO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO + SEDAÇÃO COM DR HÉLDO.</p> <p>EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE E SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E CVP EM MSD PÉRVIO PARA HV + TM.</p> <p>AO EXAME FÍSICO: TÓRAX SIMÉTRICO EXPANSIVO BILATERALMENTE SEM ABaulAMENTO. ABDOME PLANO INDOLOR A PALPAÇÃO, RH+, TEC < 2 SEGUNDOS. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM EDEMAS, FERIDA OPERATORIA LIMP E SECA. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO.</p> <p>SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.</p> <p>GERENCIAMENTO DE RISCO:</p> <p>RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVADAS, MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS.</p> <p>RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.</p> <p>RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO.</p>	[1]
ALERGIAS		
Alergias	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE DOR		
Dor (0 A 10)	0	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Ticiano
 Ticiano
 Enfermeiro
 COREN 594845

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 16:24

Paciente:	ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.:	30/05/1986	Atendimento:	70522046	Prontuário:	17441331
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito:	211-RP/1		
Profissional(a):	SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 (1)		Nº:	01576058	02/12/2020	**	20:23
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM							
Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid.						(1)
Evolução de enfermagem	20:00 - A.S.C., 34 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE TIG CIRÚRGICO DE LESÃO DO TRÍCEPS NO BRAÇO ESQUERDO COM DR BRUNO BOTELHO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO + SEDACÃO COM DR HÉLDO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE E SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E CVP EM MSD PÉRVIO PARA HV + TM. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. CURATIVO EM FO INTEGRO, LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO. SSVV: PA: 115 X 70 MMHG, FC: 76 BPM, FR: 15 MRP/M, SATO2: 100%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.						(1)
ALERGIAS							
Alergias	NEGA						(1)
AVALIAÇÃO DE DOR							
Dor (0 A 10)	0						(1)
DISPOSITIVOS							
Acesso Venoso Periférico	Sim						(1)


ALEXIA
ENFERMEIRO(A)
COREN 521482 (1)

Bacilante ANTONIO SOUZA DO CARMO		Dr. Name: 30051986		Atendimento: 70522066	
Convales: HAPVIDA		Nº Prescrição: 26786649		Protocolo: 17441331	
Pacote POSTO 4B - HAP CR		Data: 03/12/2023 às 06:00		Peso: 80,00 kg	
End: 401311		Tipo: 333		Qual: Geral	
1. DETA - GERAL-ADULTO (PARA A IDADE)					CRM-8260
2. Hidrocortisona Venosa Fase Unica	Soro Unica	20,83	ml	700	CRM-8260
3. CEFALOSPORINA SODICA (1,0g) (D28)	Agua Destilada	1g	1 FRAP (FRAP C/10ML)	EV	CRM-8260
4. CETOPIROFENOIV (100,00mg)	Soro Fiebrifugo 0,9%	100mg	1 FRAP (FRAP C/10ML)	EV	CRM-8260
5. DIFENIDRAMINA (50,00mg)	Agua Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/50ML)	EV	CRM-8260
6. TRAMADOL (50,00mg)	Soro Fiebrifugo 0,9%	100mg	2 ML (AMPL C/10ML)	EV	CRM-8260
7. FLAVET 6,00mg/ml	Agua Destilada	10mg	2 ML (AMPL C/10ML)	EV	CRM-8260
8. SINAIS VITAIS					CRM-8260
9. CUIDATIVO COM ATENDIMENTO GAZE ACCOCHONADO E MEDICAMENTO ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO					CRM-8260
10. Alta em: 03/12/2023					CRM-8260
Assinatura do médico: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA					
CRM: 8260					

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia, Traumatologia
CRM: 8260

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

RP: 19285.A.101

03/12/2020 11:11

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 15:27

Paciente:	ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.:	30/05/1988	Atendimento:	70522046	Prontuário:	17441331
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	SALA PARA PROCEDIMENTOS PCA	Leito:	5-03/1		
Profissional(is):	BRUNO DE BRITO BOTELHO, MEDICO, CRM 9329 [1]	Nº:	61563352	02/12/2020	às	15:26	
IDENTIFICAÇÃO							
Nome	ANTONIO SOUZA DO CARMO						[1]
Sexo	Masculino						[1]
Idade	34 A 6 M						[1]
Data De Nascimento	30-MAI-1988						[1]
Nº Atendimento	70522046						[1]
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO							
CID10 Primário	S483 TRAUMATISMO DO MÚSCULO E TENDÃO DO TRICEPS						[1]
PROGRAMAÇÃO PARA ALTA							
Total De Dias	3 Dias						[1]

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 RQE 4628

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:25

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA	Leito: B-03/1	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1]	Nº: 61571707	02/12/2020	As 18:25

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	Paciente internado para tratamento cirúrgico de lesão do tríceps no braço esquerdo. Procedimento realizado sem intercorrências, dentro do planejado. Segue para observação e recuperação pós-operatória. CD VPM	[1]
CID 10	S463 TRAUMATISMO DO MÚSCULO E TENDÃO DO TRÍCEPS	[1]

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49
Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 RQE 4498

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2020 11:08

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO Dt. Nasc.: 30/05/1966 Atendimento: 70522046 Previdência: 17441331
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 4B - HAPFOR Leite: 4017/1

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1] Nº: 81598163 03/12/2020 às 11:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	1 pós op de tto cirúrgico de lesão do triceps no braço esquerdo. Procedimento realizado sem intercorrências, dentro do programado. evolui estável sem queixas alta hospitalar	[1]
CID 10	S463 TRAUMATISMO DO MUSCULO E TENDAO DO TRICEPS	[1]

Rafael Bezerril Nogueira
Rafael Bezerril Nogueira
CRM 8260
Otorrinolaringologista

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Nome do Paciente: Antonio Souza do Carmo
Data de Nascimento: 30/05/1986 Data de Internação: 02/12/2020

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao (s) exame (s)/ procedimento (s) a ser (em) realizado (s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame (s)/ procedimento (s).

Eu, _____, inscrito no CPF sob o N° _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento (s): lesão - trauma para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisível (eis) ou fortuita. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: ANTONIO SOUZA DO CARMO RG: _____

Data de Nascimento: 30/05/1986 Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, 02 de DEZEMBRO de 2020

Antonio Souza do Carmo
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, Bruno Silva CRM N° 4327 médico (a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, 02 de Dezembro de 2020

Assinatura/ Carimbo do Médico

Bruno Silva
CRM 4327 RGE 449


Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Antonio Sauer de Lima

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: 17441331

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

RESO (kg)	TA	FC	TEMP	FR	JEIUM (hrs)	DOR										
					Sólidos _____	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
					Líquidos _____	Criança 										

CIRURGIA / PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
-------------------------	-------------

AVALIAÇÃO CLÍNICA

<p>Cardio-circulatória</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tolerância ao exercício _____ <input type="checkbox"/> Hipertensão _____ <input type="checkbox"/> Angina _____ <input type="checkbox"/> Coronariopatia _____ <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio _____ <input type="checkbox"/> Desuf. Cardíaca _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Respiratório</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ _____ <input type="checkbox"/> Apnéia do sono _____ <input type="checkbox"/> IVAS recente _____ <input type="checkbox"/> Expectoração _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Gastrointestinal/hepático</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico _____ <input type="checkbox"/> Úlcera péptica _____ <input type="checkbox"/> Vômito/ diarreia _____ <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato _____ <input type="checkbox"/> Obs. Intestinal _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Neurológico</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões _____ <input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza _____ <input type="checkbox"/> Lesão medular _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Renal</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica _____ <input type="checkbox"/> Insuficiência renal _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Hematológico</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia _____ <input type="checkbox"/> Plaquetopatia _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Músculo esquelético</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar _____ <input type="checkbox"/> Mioculodistrofia _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Endócrino</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireoide _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Câncer</p> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Quimioterapia _____ <input type="checkbox"/> Radioterapia _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Infecções</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Gravidez</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano _____ Condições de Nascimento _____ <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas (idade gest.+idade atual)	<p>Hábitos Sociais</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco _____ <input type="checkbox"/> Alcool _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Exame Físico</p> Cardíaco _____ Resp. <u>OK</u> Neuro _____ Regional _____ Outro _____																			
<p>Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								Tipo/Agente	Reação							<p>Medicação (verificar se toma no dia de cirurgia)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>RL</th> <th>Na</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Nº	RL	Na	K	Plaquetas	Glicose						
Tipo/Agente	Reação																														
Nº	RL	Na																													
K	Plaquetas	Glicose																													
<p>Cirurgia/anestesia prévia <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Prostatectomia</u></td> <td><u>Propofol</u></td> <td><u>Resposta a Propofol</u></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	<u>Prostatectomia</u>	<u>Propofol</u>	<u>Resposta a Propofol</u>							<p>Medicação (verificar se toma no dia de cirurgia)</p> Via aérea História de via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Mallampati _____ <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Distância esterno/mento <u>28</u> cm Dentição/Prognatismo _____ Outros _____ Hemorragias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob Avaliação ASA _____ Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Planejamento Anestésico _____											
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																													
<u>Prostatectomia</u>	<u>Propofol</u>	<u>Resposta a Propofol</u>																													

Comentários sobre os achados _____

Assinatura do médico _____



DECLARAÇÃO DE ESCLARECIMENTO MÉDICO

Eu, Dr(a) _____, CRM/ No. _____, médico(a) assistente do(a)

Sr(a). _____, portador(a) do RG No. _____ e do CPF No. _____

beneficiário(a) da HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., Carteira No. _____

DECLARO para os devidos fins que tenho ciência das recomendações do Conselho Regional de Medicina e Governo locais, que entendo a necessidade de avaliação adequada para se assegurar os critérios de realização para um procedimento médico seguro e eficaz, e que o paciente foi devidamente orientado sobre a indicação do procedimento e dos riscos de realização neste momento. Afirmo que avaliei o(a) referido(a) paciente, bem como todos os riscos de submetê-lo(a) ao(s) procedimento(s)

durante o período de Pandemia da COVID-19, no qual as orientações da Organização Mundial da Saúde – OMS e do Ministério da Saúde indicam o isolamento social como forma de contenção e prevenção do CORONAVÍRUS.

DECLARO, ainda, que a opção de realizar o procedimento foi tomada em conjunto com o paciente, de forma livre e voluntária, sem intervenção da Operadora.

_____ de _____ de _____

DR(A). _____
CRM/ No. _____

Dr. Daniel Roberto
Oliveira e Tomazini
CRM 3127 RCE 4480

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE EXECUÇÃO DE
PROCEDIMENTO MÉDICO

Eu, Antonio Saiz de Lima, portador(a) do
RG No. _____ e do CPF No. _____
beneficiário(a) da HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., Carteira No.
_____, DECLARO para os devidos fins, inclusive
os de direito, que OPTO por me submeter ao(s) procedimento(s)
_____, solicitado pelo
Dr(a). _____ - CRM- No. _____
durante o período de Pandemia da COVID-19. Estou ciente que as orientações
da Organização Mundial da Saúde – OMS e do Ministério da Saúde indicam o
isolamento social como forma de contenção e prevenção do contágio pelo
CORONAVÍRUS e que assumo a inteira e total responsabilidade pelos riscos de
realizar o procedimento neste momento, inclusive, o de contrair a doença e suas
consequências em decorrência da mesma.

DECLARO, ainda, que fui plenamente orientado pela HAPVIDA ASSISTÊNCIA
MÉDICA LTDA. em relação aos riscos aos quais estou sujeito, e que eximo a
referida operadora por danos que porventura eu venha a sofrer neste sentido.

_____ de _____ de _____

Antonio Saiz de Lima
BENEFICIÁRIO(A)



hapvida

Faz bem pra você

(Preencher quando não houver o(a)guia)

Nome completo (paciente): Antônio Souza de Sá
CPF: 4213423382 Data de Nascimento: 20/05/1986
Médico: [assinatura]
CRM: 3350

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 anestesíologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico: [assinatura] ou a seguinte alternativa anestésica: [assinatura]

Declaro ainda que:

- a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto (s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesíologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- b) Foi esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos a que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorram lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como foi esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesíologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- f) Foi 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. Foi informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

02 de Dezembro de 20 20 Hora: 16:00h

Nome legível: Antônio Souza de Sá Assinatura: [assinatura]

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo 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.

[assinatura]
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Antônio Souza da Silva
Data de nascimento	30/05/1986
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Maria Nancy (mãe)
Procedimento a ser realizado	Sinovectomia total do cotovelo.

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		desde as 8h de hoje (02/12/20)
Possui alergia a medicação?		X	
Faz uso de alguma medicação?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses	X		ENTREGUE AO ACOMPANHANTE
Cirurgias anteriores	X		Amiopia quando criança, sem pulso (rodadura)
Identificação com pulseira	X		USO

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré-operatório	X			Intelectual.
Tricotomia cirúrgica		X		

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade		X	Cotovelo
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou:

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:			
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica:			

4. SSVV:

PA	137 x 75 mmHg.
T	35,6°C.
FC	77 bpm.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:22

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	DI. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 71740478	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Letão: /	
Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1]	Nº: 64129316	25/01/2021	89 07:43
ANAMNESE			
Queixa Principal	PO COM COLEGA		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
Comorbidades	Não		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO		[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:22

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 71740478	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8286 (1)	Nº: 64136464	25/01/2021	As 10:02
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM 30 DIAS DE PÓS OP DE COTOVELO ESO		(1)
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		(1)
CID10	S500 CONTUSAO DO COTOVELO		(1)
Alergias	Não		(1)
Medicação Em Uso	Não		(1)
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		(1)
Comorbidades	Não		(1)
DIAGNÓSTICO			
CID10	S500 CONTUSAO DO COTOVELO		(1)
CID10	S500 CONTUSAO DO COTOVELO		(1)
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:23

Paciente: ANTONIO SOUZA DO GARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1985	Atendimento: 71740478	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(s): BRUNO DE BRITO BOTEELHO CRM RR9(1)		Nº: 64138230	26/01/2021 às 10:28
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim		(1)
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	26/01/2021		(1)
Hora Da Alta	10:28		(1)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:23

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1988	Atendimento: 71740478	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(a):	Nº: 64138094 26/01/2021 / Ass: 16:27		

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
70814939

!itTJ"

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

05/05/2021 17:21:02

Prontuario	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1986	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30588616 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
AV B,206 - JEREISSATE 3, MARACANAU(CE) CEP 6160000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
86273528				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	CAIXA BENEFICENTE DOS MILITARES DO CEARA		
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
031F40012710080183,			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
15/12/2020	06:38		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clínica	
2148853 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4510RA-01.105 MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:18

Paciente:	ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.:	30/05/1986	Atendimento:	70814939	Prontuário:	17441331
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito:	133225/1		
Profissional(a):	FRANCISCO JOSE FROTA PRADO JUNIOR CRM 13246 [1]			RP:	62115806	15/12/2020	07:22
ANAMNESE							
Queixa Principal	revisao lesao biceps						[1]
Queixa Principal							
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>						[1]
CID10	M258 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO						[1]
Alergias	Não						[1]
Medicação Em Uso	Não						[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não						[1]
Comorbidades	Não						[1]
EXAME FÍSICO							
Nível De Consciência	0						[1]
Resposta Motora	6						[1]
Resposta Verbal	5						[1]
DIAGNÓSTICO							
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO						[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO						[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:18

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70814939	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/1	
Profissional(is): FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO COREN 1097873 (1)	Nº: 62117561	15/12/2020	08:19
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	RETIRADA DE PONTOS 1 REALIZADO AS 08:16, EM 15/12/2020 POR FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.		(1)
	CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA REALIZADO AS 08:16, EM 15/12/2020 POR FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.		
AVALIAÇÃO DE RISCO			
Hemorragia Puerperal			(1)
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)			(1)
Lesão Por Pressão Podiátrico (Braden Q)			(1)
Queda Adulto (Morse)			(1)
Queda Pediátrica (Humpy-Dumpty)			(1)
Fiebre			(1)
Tromboembolismo Venoso Clínico			(1)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/2021
CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Vicente Evangelista Duarte
2º Ten. OCAPM
Mat. 108.855-1-X/PM/CE

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins comprobatórios que o paciente ANTONIO SOUZA DO CARMO está em acompanhamento traumatológico, pós-operatório de lesão do tríceps esquerdo, CID M62.1. Fixado com parafuso âncora. Em processo de cicatrização muscular. Atualmente em tratamento fisioterápico de reabilitação. Ainda com atrofia e limitação do arco de movimento. Recomendo afastamento de suas atividades laborais por um período de mais 60 (sessenta - ou a critério do médico perito do INSS) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 26 de janeiro de 2021

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 / RQE 4498
DR. BRUNO BRITO BOTELHO
CRM-CE 9329 RQE 4498
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/23
CONFERE COM O ORIGINAL DO PDF

Victória Evangelista Duarte
CRM 108.853-1/CE
Mat. 108.853-1/CE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins comprobatórios que o paciente ANTONIO SOUZA DO CARMO está em acompanhamento traumatológico, pós-operatório de lesão do tríceps a esquerda, CID M62.1. Fixado com parafuso âncora. Evoluiu com cicatrização da lesão. Permanece com material de síntese. Atualmente em tratamento fisioterápico de reabilitação. Ainda com dor e limitação do arco de movimento. Recomento afastamento de suas atividades laborais por um período de mais 60 (sessenta) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 23 de MARÇO de 2021

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia Traumatologia
CRM 9329 RQE 4498

DR. BRUNO BRITO BOTELHO
CRM-CE 9329 RQE 4498
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:14:49

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

PRO PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA

61939-915 MARACANAU - CE

ATTESTAÇÃO

21/05/2020

COMISSÃO

CRISTINA DUTRA

CRISTINA DUTRA

CRISTINA DUTRA

CRISTINA DUTRA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ANTONIO SOUZA DO CA
quando necessário o seu afastamento do local de trabalho ou esco
dia(s), a partir de 16/11/2020, tendo como causa do atendimento

do da Doença

10/11/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

Dr. João Paulo Pinheiro Araujo
Diretor de Medicina Traumatológica
RFO 1694 - FIC 10363
CRM/CE: 15434

JOÃO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

Colocação da CID Assinado us

de Autenticação: BOHOQ10J7R3J2

Emergência Reg. 5357066

Antonia Souza da Cunha

Atendido (a) neste Hospital no dia 10 / 11 / 20 às 16
e causa do socorro relato do acidente de rua

da pista Neurológica, não sendo constatada
uma paralisia da Neurológica. Recomeço
normal da atividade laborativa
em 07 dias.

es.
D. 10 509



VERIFICADO EM
11/09/2021
SOL 100-URS-101/FACE

11 de 11 de 2007

Planilha - CAN Antonia Souza

Dr. Renato
Neuro
CPER

4003271008

ANTONIO Souza do Carmo

Dr. João Pedro
Ortopedia e Traumatologia
TEO 15033
CREMOP 14134

2

24 - RACÃO DE INDICAÇÃO
1 - Amplitude 2 - Insuficiência 3 - Dor

Paciente vítima de acidente Automóbil
volvendo com ruptura tendão tríceps
distal esquerdo. Necessita cirurgia

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1 - Data de nascimento: 24-06-1915

2 - Local de nascimento: 3 - Sexo: 4 - Estado: 5 - País

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

0731058	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR COTOVELHO	01
0735013	SINOECTOMIA DO COTOVELHO	01
0731119	TENOPLASTIA DO COTOVELHO	01
0731089	TENOSES DO COTOVELHO	01

DIAGNÓSTICO

1 - Diagnóstico: ANQUILOSAMENTO

2 - Grau: 02

AUTENTICAÇÃO
EMILIO DE SOUZA
CONDOMÍNIO...
MORADIA...
21-07-14
MORADIA...
MORADIA...

SIGNATURA AUTÓGRAFA

PACIENTE SEM ORDEM ADO DO REGISTRO
AGENCIAMENTO



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg. 5357066

O(S) (a) Antônia Souza da Costa

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 10/11/20, às 18:53h

Tendo como causa do socorro relato de acidente de moto.

Avaliada pela Neurocirurgia, não sendo constatada
alteração passiva de Neurocirurgia. Recomendado
tratamento de fisioterapia laborativa para
10 (dez) dias.

Observações:

CID-10: S09

Fortaleza, 11 de 11 de 2000

Médico de Plantão - CRM: Adalberto

CPF: _____

Resposta do Boletim de Emergência Reg. do

Dr. Rafael C. L. Maia
Neurocirurgião
CRM/CE 14014
SDE 9200

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/2021
CONFERE COM O
ORIGINAL DOJ.FE

Vicente Evangelista Duarte
2º Ten. ODAPM
Mat. 108.853-1-K / PM CE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 04213433382 4 - Nome completo da vítima: Antonio Souza do Carmo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2032

5 - Nome completo: Antonio Souza do Carmo 6 - CPF: 04213433382
 7 - Profissão: Policial militar Av. 13 (Condomínio M. dos Petalés) 8 - Número: com 515
 9 - Bairro: Freissate 10 - Cidade: Pacatuba 11 - Estado: CE 12 - Complemento: 61814900
 13 - E-mail: blunk21@hotmail.com 14 - Telefone: (85) 981552525

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Somente os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0649 CONTA: 31196 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74) uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Gostei Permissivo com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Pacatuba 30/12/2021
Antonio Souza do Carmo
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO DADOS PESSOAIS

Atendimento 70438915

iIN | 2"

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

05/05/2021 17:20:00

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1988	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30588018 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
r/v B,200 - JEREISSATE 3, MARACANAU(CE) CEP 6100000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
86223328				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	22 HAPVIDA		
	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CUI TI ENFERMARIA	COLETIVO	
Carteira	Validade		
031F4901271008018			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116308-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
24/11/2023	20:37		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente		Clínica	
4066233 FERNANDA BEZERRA MOREIRA		1-MEDICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO/ASSINATURA MEDICO

RA2109A (1) 165 MARLENE APALDO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUARIO
Folha 22851
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/06/2021 09:17

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70436915	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): FERNANDA BEZERRA MOREIRA CRM 21501 (1)	Nº: 61402470	28/11/2020	At: 20:43
--	--------------	------------	-----------

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COMPARECE COM QUADRO DE DOR EM REGIÃO DE BRAÇO ESQUERDO EM AGUARDANDO DE CIRURGIA DE MANEIRA ELETIVA PARA CORREÇÃO DE RUPTURA TENDÃO TRICEPS. NEGA ALERGIAS. REFERE ANSIEDADE PARA REALIZAR A CIRURGIA.	(1)
AD EXAME:	RESTRIÇÃO DO MOVIMENTAÇÃO DE BRAÇO. BEG AAA, EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO, ORIENTADO E COOPERATIVO NEURO PIRF SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS FOCAIS AC: RCR, 2T.BNF SS AP-MVU + SEM RA ABD: PLANO, RHA, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM VISCEROMEGALIAS E MASSAS EXT: PPP, BEM PERFUNDIDOS E SEM EDEMAS	
CONDUTA:	1. Faço orientações. 2. Explico sinais de alarmes. 3. Oriento retorno precoce em caso de piora clínica. 4. Prescrevo medicação IM agora 5. Prescrevo medicação para tratamento domiciliar. 6. Sigo protocolo. 7. Paciente compreende as medicações prescritas.	

Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA	(1)
CID10	M628 OUTROS TRANSTORNOS MUSCULARES ESPECIFICADOS	(1)
Alergias	Não	(1)
Medicação Em Uso	Não	(1)
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	(1)
Comorbidades	Não	(1)

EXAME FÍSICO		
Frequência Cardíaca	99 bpm	(1)
Sat O2	98 %	(1)
Nível De Consciência	0	(1)
Resposta Motora	6	(1)
Resposta Verbal	5	(1)

DIAGNÓSTICO		
CID10	M628 OUTROS TRANSTORNOS MUSCULARES ESPECIFICADOS	(1)
CID10	M628 OUTROS TRANSTORNOS MUSCULARES ESPECIFICADOS	(1)

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		
RESUMO DO PROTOCOLO		

Resumo de Protocolo	Protocolo: H033: Dor Músculoesquelética v32
	Passos Executados:
	1) Tratamento: [Trauma Simples Racontá] Tratamento Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:53

CONFERE CI PRONTUÁRIO
FERNANDA BEZERRA MOREIRA
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:17

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1965	Atendimento: 70436915	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Data de execução: 28/11/2020 23:53 Última modificação: 28/11/2020 23:53 Executado: True Re-executado: Não			
2) Receita: [Trauma simples recente] Receita Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:53 Data de execução: 28/11/2020 23:53 Última modificação: 28/11/2020 23:53 Executado: True Re-executado: Não			
3) Auxílio Conduta: Classificar Dor Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:53 Data de execução: 28/11/2020 23:53 Última modificação: 28/11/2020 23:53 Executado: True Re-executado: Não			
Protocolo: H003: Dor Músculoesquelética v32			
Passos Executados:			
1) Auxílio Conduta: Classificar Dor Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:56 Data de execução: 28/11/2020 23:56 Última modificação: 28/11/2020 23:56 Executado: True Re-executado: Não			
2) Receita: [Trauma simples recente] Receita Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:56 Data de execução: 28/11/2020 23:56 Última modificação: 28/11/2020 23:56 Executado: True Re-executado: Não			
3) Testamento: [Trauma Simples Recente] Tratamento Criado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Executado por: FERNANDA BEZERRA MOREIRA Data de criação: 28/11/2020 23:56 Data de execução: 28/11/2020 23:56 Última modificação: 28/11/2020 23:56 Executado: True Re-executado: Não			

ASI-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28ASI-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28
CONFERE O PRONTUÁRIO
Michele 27891
Assinatura

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/2021
CONFERE COM O ORIGINAL DO RE

Vicente Evangelista Duarte
2º Ten. OAPM
Mat. 108.853-1-X/PM CE

HOSPITAL
ANA LIMA

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA
61939-915 MARACANAU - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ANTONIO SOUZA DO CARMO às 14:33, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 16/11/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M028

Código da Doença

401.11 | 2do

Local e Data

Assinatura do Médico

JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

CRM 15434

Aceite e Colocação do CID. Assinado US

Código de Autenticação : B0HQ10J7R32
Solicitação da Senha : 16/11/2020 10:08:06

Dr. João Paulo Pinheiro Araujo
Otorrinolaringologista
RQE 10324
CRM/REC: 15434

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/2021
CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ

Vicente Evangelista Duarte
2º Ten. DOAPM
Mat. 108.853-1-X/PM/CE



ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

R AGUANAMBI, 1827 - FATIMA (11)633533-3369
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ANTONIO SOUZA DO CARMO às 15:35, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 02/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M28

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

BRUNO DE BRITO BOTELHO

CRM 9329



Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BNJPC2U7F1K0

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 704507608640920 Admissão: 10/11/2020 16:59
 Nome: ANTONIO SOUZA DO CARMO
 Pront.: 5357066 Data Nasc.: 30/05/1986 Idade: 34 ano(s) 10 mes(es) e 7 dia(s) Tel.:
 Mãe: MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO
 Sexo: Masculino RG: 04213433382 Município: PACATUBA
 CEP 61814004 Bairro: SENADOR CARLOS JEREISSATI
 Endereço: B, Nº: 200

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 10/11/2020 17:04
 Queixa: Vítima de colisão moto x carro evolui com desorientação.
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: DIEGO GERMANO MAIA CRM: 11995 Nº: 688727 Horário 10/11/2020 17:41
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO. HISTORIA DE DESORIENTAÇÃO SEM SINCOPE.
 MANTEM-SE GCS 14 (AO 4 RV 4 RM6), SEM SINAIS DE FRATURA, SEM QUAISQUER SINAIS DE DOR TORACICA E
 ABDOMINAL. MOBILIZA ADEQUADAMENTE 4 MEMBROS.
 CD: 1) SOL TC CRANIO, CERVICAL, RX TORAX, BACIA.
 2) NEUROC, CIR GERAL E TRAUMATOLOGIA.

ALTA

Data: 11/11/2020 12:53

EVOLUÇÃO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
 RAI TIRADA

DATA: 06/04/2021
 MATRÍCULA: 51022
 SERVIDOR (A):

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 704507608640920 Admissão: 10/11/2020 16:59
 Nome: ANTONIO SOUZA DO CARMO
 Pront.: 5357068 Data Nasc.: 30/05/1986 Idade: 34 ano(s) 10 mes(es) e 7 dia(s) Tel.:
 Mãe: MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO
 Sexo: Masculino RG: 0421343382 Município: PACATUBA
 CEP 61814004 Bairro: SENADOR CARLOS JEREISSATI
 Endereço: B. N.º: 200

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional	
10/11/202	17:04	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

PRESCRIÇÃO

Médico: SUZANNA ARAUJO TAVARES BARBOSA CRM 10820 10/11/20 20:20

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP - ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE DOR INTENSA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP - ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA - ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP - ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 3 </BR> SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR> FASE(S) 1,2,3 VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta
 Observação
 Referência para:
 Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
 MATRIZ
 DATA 06/11/2021
 51022
 SERVIDOR (A)



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71222348

!j9:S"

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

05/05/2021 17:21:32

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441321	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1986	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30988010 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
AV B,200 - JEREISSATE 3, MARACANAU(CE) CEP 6100000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
98273528				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA	COLETIVO	
Carteira	Validade		
031F40012710080183			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
05/01/2021	07:48		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
2505002 FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

RACIONIA -11 101 MARLENE APALIXO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:29

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO Dt. Nasc.: 30/05/1966 Atendimento: 71222345 Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR CRM 15194 (1) Nº: 63067294 05/01/2021 49 08:15

ANAMNESE		
Queixa Principal	NAO RESPONDEU AO CHAMADO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	BB >CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	Z017 EXAME DE LABORATORIO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	Z017 EXAME DE LABORATORIO	[1]
CID10	Z017 EXAME DE LABORATORIO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:26

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 71222348	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): BSLNO DE BRITO BOTELHO CRM 8409 [1]	Nº: 63072494 05/07/2021 @ 09:55		
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim	[1]	
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	05/01/2021	[1]	
Hora Da Alta	09:55	[1]	

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:20

Paciente: ANTONIO SOLIZA DO CARMO	DT. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 71222548	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9028 (1)		Nº: 63072401	05/01/2021 / 49 09:53
ANAMNESE			
Queixa Principal	pos-op de lissao do triceps a esq dor no local recomendo fisioterapia de reabilitação		(1)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:20

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1955	Atendimento: 71222348	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVEDA	Posto:	Leito:	
Profissional(is): FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR CRM 15194 (1)		Nº: 63067316	05/01/2021 @ 08:16
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim		[1]
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	05/01/2021		[1]
Hora Da Alta	08:16		[1]

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71568750

!j[zU"

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

05/05/2021 17:22:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1986	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30588010 SSP CE	4212433352		1-CASADO	
Endereço				
AV B,200 - JEREISSATE 3, MARACANAU(CE) CEP 6100060				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
96273528				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CUTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
031F40012710080183,			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
16/01/2021	07:27		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
803400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

CARMO/ ASSINATURA MÉDICO

R4310RA-01.05 MARLENE APALDO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

05/05/2021 09:21

Paciente: ANTONIO SOLIZA DO CARMO	DI. Nasc.: 30/05/1965	Atendimento: 71568750	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Letão:	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 8329 (1)		Nº: 63782244	19/01/2021 07:39
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim		(1)
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	19/01/2021		(1)
Hora Da Alta	07:39		(1)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/05/2021 09:21

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 71568750	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Lote: /	
Profissional(s): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 8329 [1]	Nº: 63782181, 19/01/2021, às 07:37		
ANAMNESE			
Queixa Principal	PROCESSO INFECCIOSO EM CICATRIZ DO COTOVELO RECOMENDO USO DE ANTIBIOTICO		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 -CID10 NÃO AGRUPADOS-		[1]
CID10	S51 FERIMENTO DO ANTEBRACO		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
Comorbidades	Não		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S51 FERIMENTO DO ANTEBRACO		[1]
CID10	S51 FERIMENTO DO ANTEBRACO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71740478

!jm'q"

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

05/05/2021 17:22:30

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1998	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30588010 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
AV. B.206 - JEREISSATE 3, MARACANAÚ(CE) CEP 8100000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
96273528				

DADOS DO CONVENIO

Convênio			
22 HAPYIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
031F40012710080183,			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
25/01/2021	07:27		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente		Clínica	
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

043109A (7.30) MARLENE ARAUJO FERREIRA



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

03/12/2020 13:16

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
174-9-331	ANTONIO SOLIZA DO CARMO	M	30/05/1986	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30688010 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
AV B 200 JEREISSATE 3 MARACANAÚ-CE CEP:6100000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
96273528		MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMIM - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
02/12/2020	12:55		
Médico Atendente		Clínica	
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO		0-INTERNACAO	
Avaliação médica			
[Handwritten signature]			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano
22-HAPVIDA	CAIXA BENEFICENTE DOS MILITARES DO CEARA
Carteira	Validade
031F4001271008018	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
123456	99996666	D95551041	INTERNAÇÃO
123456	30736056	D95551041	RECONSTRUÇÃO, RETENÇÃO OU REFORÇO DE LIGAMENTO
			Material - 99870358 - ANCORAS MONTADA - QTDE 2
123456	30736013	D95551049	SINOVECTORIA TOTAL DO COTOVELO
123456	30731119	D95551058	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO
123456	30731089	D95551161	TENOSE
45134552	32030090	D82085387	RAIOX COTOVELO

NOTA DE SALA

5186807

Atendimento:	7052206	Prontuário:	17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	HAPVIDA
Cirurgia(s):	40738056	RECONSTRUÇÃO, RETENÇÃO OU REFORÇO	Tipo Anestesia: BLOQ PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA		
	00738013	SINOECTOMIA TOTAL DO COYOVELO	00731119	TENOPLASTIA ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO	
	00731080	TENOLOSE			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02		Sector Emitante:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apfo.: 4017
Equipe Médica:	CIRURGIAO	803400	BRUNO DE BRITO BOTELHO	CRM	9029
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	1570825	DAVI MARINHO DE ARAUJO	CRM	13177
	ANESTESISTA	20410339	HELDO BEZERRA MARTINS	CRM	3380

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31730	AGUA OMOGENADA FRAS 1000 ML	40	118895	CISATRACURIO 10MG/ML SOL INJ AMPL 5 ML	2
81371	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 1324.5 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	1	143419	FENTANILA 50MG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X17 - 1 UD	1	42912	KEFADOL FRAP 1 UD	2
034865	AGULHA STIMPLEX 30 G-22X2 - 1 UD	1	81529	NAROPIN SP 7,5MG 20 ML AMPL 20 ML	1
81738	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	134158	NOVABRUSIAD 0.5% FRAP 1 UD	1
81061	ALGODAO HIDROFLO - 500 GR	40	120105	ONDANSERONINA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
27020	ARRUELA R MONITOR DESCARTAVEL CII - 1 UD	5	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ AMPL 20ML AMPL 20 ML	4
71044	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	43784	SORO FISIOLOGICO 0.9% 1000 ML TUBO 1000 ML	1
152357	CAMPIC INFERNEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	43880	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
81060	CANULA DESCARTAVEL PI 88TUR - 1 UD	1	38043	TRAMADOL 100MG/ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	48231	XILOCAINA CIRD 2% 20 ML FRAP 20 ML	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1			
133865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	1,50			
133866	CLOREXEDINA 0.8% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	1,50			
112212	CLOREXEDINA DERMOEMANIE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	2,00			
135880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERL CII 90 - 1 UD	5			
114084	EQUIPO SIMPLES GUNJETOR LATERAL - 1 UD	1	16	Gases e Aparelhos	
50657	ESPARADRAPO IMPERME 10CMX4,5M TUBO 460 CM	50	4	TAXA DE SALA	Início: 17:05 Fim: 18:20
110804	EXTENSOR 120 CM (18M) BINO - 1 UD	1	20	TREPANO	Início: 17:05 Fim: 18:20
130823	EXTENSOR 80CM CII VAS - 1 UD	1	15	OXIGENIO	Início: 17:05 Fim: 18:20
116496	FIO MONONYLON (I) 1637 - EMBON BR 3-0 ENV 1 UD	1	16	BISTURI ELÉTRICO	Início: 17:05 Fim: 18:20
161825	FIO Q (VICRYL (PDS1200) - POLYGLACTIN VIT 2 ENV 1 UD	1	22	MONITORIZACAO	Início: 17:05 Fim: 18:20
161859	FIO Q - PDS10K VICRYL ENV 1 UD	1	26	OXIMETRO DE PULSO	Início: 17:05 Fim: 18:20
133205	GAZE 12X10 (STERL PCT CII) PCT 1 UD	4		STIMPLEX	Início: 17:05 Fim: 18:20
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 80 UD	5			
60944	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	2			
30635	LAVA DE PROCEDIMENTO M CX 30 PA	1			
30651	LAVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	3			
30660	LAVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	3			
30666	LAVA DESC ESTERIL N-8.5 - 1 PA	3			
30124	MALHA TUBULAR 10 CM RCOE 1500 CM	1,00			
50922	MASCARA DESCARTAVEL TRPLA CAMADA CII FRAS PCT 50 UD	5			
81004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	1,00			
120454	PARAFUSO DE ANCORA - 1 UD	1			
130973	PLACA DESCARTAVEL PBISTURI ADULTO - 1 UD	1			
80849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30864	SERINGA DESC: 10ML LUBD SUP USA SERI 10 ML	1			
30868	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1			
30873	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
30430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

FICHA DE ANESTESIA



Nome: Adriano Sauer Campos Data: 02.12.20
 Idade: 34a Sexo: M
 Proletário: 17441351 Convênio: UNY VIDA
 Diagnóstico: Blagueira + Sclerose
 Cirurgião: Paulino Pontalva ASA: I

A	HORA	17:10	18:17:30
B	CA		
C	NO		
D	AC		
E	SA		
F	SA		
G	SA		

LIQUIDOS: 1 A E
 CARDIOSCOPIO PRESSÃO NÃO INVASIVA CAPNOGRAFO OXÍMETRO DE PULSO PRESSÃO INVASIVA



ORÇAS	EVENTO
1	Indução e manutenção da anestesia com propofol e fentanil.
2	Realização de bloqueio nervilho cervical com bupivacaína 0,5% e ropivacaína 2%.
3	Realização de bloqueio nervilho braquial com ropivacaína 2%.
4	Realização de bloqueio nervilho tibial com ropivacaína 2%.
5	Realização de bloqueio nervilho plantar com ropivacaína 2%.
6	Realização de bloqueio nervilho popliteo com ropivacaína 2%.
7	Realização de bloqueio nervilho tibial posterior com ropivacaína 2%.
8	Realização de bloqueio nervilho tibial anterior com ropivacaína 2%.
9	Realização de bloqueio nervilho tibial medial com ropivacaína 2%.
10	Realização de bloqueio nervilho tibial lateral com ropivacaína 2%.
11	Realização de bloqueio nervilho tibial posterior com ropivacaína 2%.
12	Realização de bloqueio nervilho tibial anterior com ropivacaína 2%.
13	Realização de bloqueio nervilho tibial medial com ropivacaína 2%.
14	Realização de bloqueio nervilho tibial lateral com ropivacaína 2%.
15	Realização de bloqueio nervilho tibial posterior com ropivacaína 2%.
16	Realização de bloqueio nervilho tibial anterior com ropivacaína 2%.
17	Realização de bloqueio nervilho tibial medial com ropivacaína 2%.
18	Realização de bloqueio nervilho tibial lateral com ropivacaína 2%.
19	Realização de bloqueio nervilho tibial posterior com ropivacaína 2%.
20	Realização de bloqueio nervilho tibial anterior com ropivacaína 2%.
21	Realização de bloqueio nervilho tibial medial com ropivacaína 2%.
22	Realização de bloqueio nervilho tibial lateral com ropivacaína 2%.
23	Realização de bloqueio nervilho tibial posterior com ropivacaína 2%.
24	Realização de bloqueio nervilho tibial anterior com ropivacaína 2%.
25	Realização de bloqueio nervilho tibial medial com ropivacaína 2%.
26	Realização de bloqueio nervilho tibial lateral com ropivacaína 2%.
27	Realização de bloqueio nervilho tibial posterior com ropivacaína 2%.
28	Realização de bloqueio nervilho tibial anterior com ropivacaína 2%.
29	Realização de bloqueio nervilho tibial medial com ropivacaína 2%.
30	Realização de bloqueio nervilho tibial lateral com ropivacaína 2%.

LIQUIDOS	VOLUME	PERÍODOS	VOLUME	BALANÇO	Emissão:	Oro	Naso	Bovio
Propofol	1000ml				Respirador	<input checked="" type="checkbox"/> Espont	<input type="checkbox"/> Assist	<input type="checkbox"/> Mecânic
Propofol	500ml				Adorvedor de	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Com	
					Posição:	<input checked="" type="checkbox"/> Local de Punção		
					Agulha:			
					Início:	17:10h		
					Duração:			18:30h

Condição final: Satisfeita
 Intercorrências: não
 Ass. Anestesiista - CRM: Helio 3380

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:25

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PCA	Letão: B-031	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1]		Nº: 61571554	02/12/2020 às 18:20
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Cirúrgico	S-4E3 TRAUMATISMO DO MUSCULO E TENDAO DO TRICEPS		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	02/12/2020		[1]
Hora Da Cirurgia	18:21		[1]
Cirurgia	RECONSTRUÇÃO DE TENDAO SINOVECTOMIA TENOPLASTIA TENODESE		[1]
Indicação Cirúrgica	LESÃO DO TRICEPS NO BRAÇO ESQ		[1]
Cirurgião	DR BRUNO BOTELHO		[1]
1º Auxiliar	DR DAVI MARINHO		[1]
Anestesiata	DR HELDO MARTINS		[1]
Descrição Cirúrgica	Decúbito dorsal Assepsia e antiseptia Acesso posterior ao cotovelo Divisão por planos Identificação dos cotos do tendão Regularização dos bordos Sinovectomia e tenoplastia do cotovelo Colocação de âncora no diaframa Reconstrução do tríceps, com reinserção no diaframa Tenodese com reforço de fio de alta resistência Hemostasia e limpeza Sutura por planos Curativo estéril Imobilização com tala		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30736056, senha D95551041 30736013, senha D95551049 30731119, senha D95551058 30731099, senha D95551161		[1]
CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON			

 Dr Bruno Botelho
 Ortopedi e Traumatologia
 CRM 9329/RCS 4498

 ASL-0000978/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:17:28

 ASL-0000978/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 17:29

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO Dt. Nasc.: 30/05/1986 Atendimento: 70522046 Prontuário: 17441331
 Convênio: HARVIDA Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS POA Leito: S-03/1

Profissional(is): KARLA JULIANA ALMEIDA DE MORAES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 81569178 02/12/2020 às 17:28
 COREN 1335222 [1]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	02/12/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	17:05	[1]
Cirurgia	FRATURA DE COTOVELO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Paciente Refere Alergia	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	SIM	[1]
Via Aérea Difícil	SIM	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	SIM	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRURGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda	[1]
Paciente Certo	SIM	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM	[1]
Procedimento	SIM	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM	[1]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM	[1]
	SIM	[1]

Geze Saldanha
 Enfermeira
 COREN-CE 499.144

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 17:29

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	DI. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS POA	Leito: S-03/1	
Estérilização Do Material Confirmada E Validada			[1]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM		[1]
As Preocupações Especificas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM		[1]
AO TERMINO DO PROCEDIMENTO			
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM		[1]
Ao Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM		[1]
Amostras Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NÃO		[1]
Preenchimento De Guias E/De Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM		[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM		[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM		[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento			[1]
Especificar	DORSAL		[1]

 ASL-0000978/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:17:28

 ASL-0000978/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:17:28

 ASL-0000978/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:17:28

 ASL-0000978/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:17:28

 ASL-0000978/22
 alexia.pvital
 01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:30

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO Dt. Nasc.: 30/05/1966 Atendimento: 70522046 Prontuário: 17441331
 Convênio: HAPVIDA Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: 5-03/1

Profissional(is): KARLA JULIANA ALMEIDA DE MORAES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº.: 81589224 02/12/2020 44 17:50
 COREN 1335222 (7)

PACIENTE

Data De Admissão: 02/12/2020 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia: Eletiva [1]

Data Da Cirurgia: 02/12/2020 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto: FRATURA DE COTOVELO [1]

Pulseira De Identificação: MSD [1]

Comorbidades: NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência: KEFAZOL 250 [1]

Alergia- Descrição: NEGA [1]

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recobrimto: ENF GEYZE [1]

Hora: 17:05 [1]

Sala: 06 [1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia: INTEGRAS [1]

Início Da Anestesia: 17:10 [1]

Término Da Anestesia: 18:30 [1]

Início Da Cirurgia: 17:45 [1]

Término Da Cirurgia: 18:20 [1]

Instrumentador: LA [1]

Circulante: ANDRÉIA E KARLA [1]

Posição do paciente durante o ato operatório: Dorsal [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado: ESQUERDO [1]

Numero Inicial De Compressas: 20 UD [1]

Contagem Final De Compressas: 20 UD [1]

Clorexidina Alcoólica: Sim [1]

Clorexidina Degermante: Sim [1]

Tipo: Elétrico [1]

Numero De Série: 05093 [1]

Coilção Térmico: Não utilizou [1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia: SUTURADA+CURATIVO [1]

Grau De Contaminação: LIMPA [1]

Encaminhamento Do Paciente: SRPA [1]

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO
 Convênio: HAPVIDA
 Postor: SALA PARA PROCEDIMENTOS POA - HAPFOR

Dr. Nasc.: 30/05/1986
 Nº Prescrição: 0028798646
 Leito: S-031

Atendimento: 70622046
 02/12/2020 às 15:31
 Peso: 80,00 kg

Prontuário: 17441351
 4014 J.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL ADULTO / PARA ALDADA	3/3h	ORAL		
Prescritor: CRM-9329				
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7	glic/mlh Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 ml/Kcal/dia	500ml		09/12 - 01:00 ;
Prescritor: CRM-9329				
3. CEFAZOLINA SÓDICA (1.00g)	1g	1 FRAP FRAP C/100ml 10ml	8/8h	EV
Agua Destilada				03/12 - 06:00 ;
Prescritor: CRM-9329				
4. CETOPROFENO IV (100,00mg)	100mg	1 FRAP FRAP C/100mg 100ml	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%				03/12 - 05:00 ;
Prescritor: CRM-9329				
5. DIFIRONA AMP (500,00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMP. C/ 18 ml 500MG)	8/8h	EV
Agua Destilada				03/12 - 05:00 ;
Prescritor: CRM-9329				
6. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2 ML (AMP. C/ 100MG)	6/6h	EV
Soro Fisiológico 0,9%				03/12 - 04:00 ;
Ata vigilância				
Prescritor: CRM-9329				
7. PLAMLET (5,00mg/ml)	10mg	2 ML (AMP. C/ 10MG) 18ml	8/8h	EV
Agua Destilada				03/12 - 04:00 ;
Prescritor: CRM-9329				
8. PUNÇÃO C/ JELCO				
Prescritor: CRM-9329				
9. SINAIS VITAIS				
Prescritor: CRM-9329				

RPI 531 TCIADA BARROS DE SOUSA 808 21020 33 22 87 192 85 4 101

[Handwritten Signature]
 Alexandre de Souza
 Médico - CRM 9329



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 28801928	03/12/2020 às 01:51	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4017/1	Enfermeiro(a):	YIGIANA BARROS DE SOUSA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:

Mantido: Não Mantido:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Mantido:

Mantido: Não Mantido:

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR Mantido:

Mantido: Não Mantido:

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido:

Mantido: Não Mantido:

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS Mantido:

Mantido: Não Mantido:

B - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:

Mantido: Não Mantido:

Alexia
Alexia P. Vital
Enfermeiro
(02816-0000)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Ext. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 28801629	01/02/2020 às 01:52	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4017/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: TÍCIANA BARROS DE SOUSA (COREN 594845)			
1- INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Respiratória	Mantido		
Sinais Vitais - Temperatura	Mantido		
ELIMINAÇÕES	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
ATIVIDADE MOTORA	Mantido		
ACEITAÇÃO DA DIETA	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

Alexia
Téc. Superior em Saúde
Enfermagem
CENTRO DE SAÚDE
ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
02/12/2020 20:28

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	DI. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70522048	Preletuário: 17441331
Convênio: MAPVIDA	Nº Prescrição: 28739415	02/12/2020 às 20:28	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 211-RP/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521462 1			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Módulo:	10 OK
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Módulo:	10 OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS	Módulo:	
---------------	---------	--

II - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Módulo:	
-----------------------------	---------	--

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

Alexia
Pró. Alexia P. Vital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	De Naso.: 30/05/1966	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 28780420	02/12/2020 às 20:28	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 211-RP/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissional: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521432)			
1 - ADMITIR/INSTALAR			
OXÍMETRO DE PULSO	OK		
MONITOR CARDÍACO	OK		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRÃO RESPIRATORIO	OK		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

Alexia
Enfermeira
Régina Helena de Souza

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2020 01:51

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70522045	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4017/1	
Profissional(is): TICIANA BARRÓS DE SOUSA ENFERMEIRO(A), COREN 594845 [1]	Nº: 61584122	03/12/2020	01:47

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid.	[1]
Evolução da enfermagem	<p>PLANTAO NOTURNO</p> <p>A.S.C., 34 ANOS, SEXO MASCULINO, HD: POI LESÃO DO TRICEPS NO BRAÇO ESQUERDO, NEGA ALERGIA, NEGA COMORBIDADE.</p> <p>ADMITIDO NO POSTO 4B PROVENIENTE DA RPA, EM POI DE TTO CIRÚRGICO DE LESÃO DO TRICEPS NO BRAÇO ESQUERDO COM DR BRUNO BOTELHO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO + SEDAÇÃO COM DR HÉLIO.</p> <p>EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE E SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E CVP EM MSD PÉRVIO PARA HV + TM.</p> <p>AO EXAME FÍSICO: TÓRAX SIMÉTRICO EXPANSIVO BILATERALMENTE SEM ABaulAMENTO. ABDOME PLANO INDOLOR A PALPAÇÃO, RH+, TEG < 2 SEGUNDOS. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM EDEMAS, FERIDA OPERATORIA LIMP E SECA. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO.</p> <p>SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.</p> <p>GERENCIAMENTO DE RISCO:</p> <p>RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVADAS, MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS.</p> <p>RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.</p> <p>RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO.</p>	[1]
ALERGIAS		
Alergias	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE DOR		
Dor (0 A 10)	0	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Ticiano
 Ticiano
 Enfermeira
 COREN 594845

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 16:24

Paciente:	ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.:	30/05/1986	Atendimento:	70522046	Prontuário:	17441331
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito:	211-RP/1		
Profissional(a):	SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 (1)			Nº:	01576058	02/12/2020	** 20:23
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM							
Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid.						(1)
Evolução de enfermagem	20:00 - A.S.C., 34 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE TIG CIRÚRGICO DE LESÃO DO TRÍCEPS NO BRAÇO ESQUERDO COM DR BRUNO BOTELHO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO + SEDAÇÃO COM DR HÉLDO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE E SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E CVP EM MSD PÉRVIO PARA HV + TM. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. CURATIVO EM FO INTEGRO, LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO. SSVV: PA: 115 X 70 MMHG, FC: 76 BPM, FR: 15 MRP/M, SATO2: 100%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.						(1)
ALERGIAS							
Alergias	NEGA						(1)
AVALIAÇÃO DE DOR							
Dor (0 A 10)	0						(1)
DISPOSITIVOS							
Acesso Venoso Periférico	Sim						(1)



Joliana
Enfermeira (a)
COREN 521482 (1)

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 15:27

Paciente:	ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.:	30/05/1988	Atendimento:	70522046	Prontuário:	17441331
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	SALA PARA PROCEDIMENTOS PCA	Leito:	5-03/1		
Profissional(is):	BRUNO DE BRITO BOTELHO, MEDICO, CRM 9329 [1]	Nº:	61563352	02/12/2020	às	15:26	
IDENTIFICAÇÃO							
Nome	ANTONIO SOUZA DO CARMO						[1]
Sexo	Masculino						[1]
Idade	34 A 6 M						[1]
Data De Nascimento	30-MAI-1988						[1]
Nº Atendimento	70522046						[1]
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO							
CID10 Primário	S483 TRAUMATISMO DO MÚSCULO E TENDÃO DO TRICEPS						[1]
PROGRAMAÇÃO PARA ALTA							
Total De Dias	3 Dias						[1]

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 RQE 4628

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:25

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 70522046	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA	Leito: B-03/1	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1]	Nº: 61571707	02/12/2020	As 18:25

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	Paciente internado para tratamento cirúrgico de lesão do tríceps no braço esquerdo. Procedimento realizado sem intercorrências, dentro do planejado. Segue para observação e recuperação pós-operatória. CD: VPM	[1]
CID 10	S463 TRAUMATISMO DO MÚSCULO E TENDÃO DO TRÍCEPS	[1]

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 RQE 4498

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2020 11:08

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70522046	Previdência: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4017/1	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1]	Nº: 81598163	03/12/2020	às 11:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO		
Evolução Do Paciente	1 pós op de tto cirúrgico de lesão do triceps no braço esquerdo. Procedimento realizado sem intercorrências, dentro do planejado. evolui estável sem queixas alta hospitalar	[1]
CID 10	S463 TRAUMATISMO DO MUSCULO E TENDAO DO TRICEPS	[1]

Rafael Bezerril Nogueira
Dr. Rafael Bezerril Nogueira
CRM 8260 - ROR
Especialista em Ortopedia e Traumatologia

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Nome do Paciente: Antonio Souza do Carmo
Data de Nascimento: 30/05/1986 Data de Internação: 02/12/2020

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao (s) exame (s)/ procedimento (s) a ser (em) realizado (s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame (s)/ procedimento (s).

Eu, _____, inscrito no CPF sob o N° _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento (s): lesão na pele para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisível (eis) ou fortuita. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: ANTONIO SOUZA DO CARMO RG: _____

Data de Nascimento: 30/05/1986 Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, 02 de DEZEMBRO de 2020

Antonio Souza do Carmo
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, Bruno Silva CRM N° 4327 médico (a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, 02 de Dezembro de 2020

Bruno Silva
Assinatura/ Carimbo do Médico

Preencher quando não houver etiqueta:

Paciente: Antonio Sauer de Lima
 Passagem: _____ Leito: _____
 Prontuário: 17441331

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

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

CIRURGIA / PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
-------------------------	-------------

AValiação CLÍNICA

<p>Cardio-circulatória</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tolerância ao exercício _____ <input type="checkbox"/> Hipertensão _____ <input type="checkbox"/> Angina _____ <input type="checkbox"/> Coronariopatia _____ <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio _____ <input type="checkbox"/> Desuf. Cardíaca _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Respiratório</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ _____ <input type="checkbox"/> Apnéia do sono _____ <input type="checkbox"/> IVAS recente _____ <input type="checkbox"/> Expectoração _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Gastrointestinal/hepático</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico _____ <input type="checkbox"/> Úlcera péptica _____ <input type="checkbox"/> Vômito/ diarreia _____ <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato _____ <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Neurológico</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões _____ <input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza _____ <input type="checkbox"/> Lesão medular _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Renal</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica _____ <input type="checkbox"/> Insuficiência renal _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Hematológico</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia _____ <input type="checkbox"/> Plaquetopatia _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Músculo esquelético</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar _____ <input type="checkbox"/> Mioculodistrofia _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Endócrino</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireoide _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Câncer</p> <input type="checkbox"/> Quimioterapia _____ <input type="checkbox"/> Radioterapia _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Infecções</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Gravidez</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano _____ Condições de Nascimento _____ <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas (idade gest.+idade atual)	<p>Hábitos Sociais</p> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco _____ <input type="checkbox"/> Alcool _____ <input type="checkbox"/> Outras _____	<p>Exame Físico</p> Cardíaco _____ Resp. <u>OK</u> Neuro _____ Regional _____ Outro _____																					
<p>Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								Tipo/Agente	Reação							<p>Medicação (verificar se toma no dia de cirurgia)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>RL</th> <th>Na</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nº	RL	Na	K	Plaquetas	Glicose										
Tipo/Agente	Reação																																
Nº	RL	Na																															
K	Plaquetas	Glicose																															
<p>Cirurgia/anestesia prévia <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Prostatectomia</u></td> <td><u>Propofol</u></td> <td><u>Resposta a Propofol</u></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	<u>Prostatectomia</u>	<u>Propofol</u>	<u>Resposta a Propofol</u>							<p>Medicação (verificar se toma no dia de cirurgia)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>RL</th> <th>Na</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nº	RL	Na	K	Plaquetas	Glicose						
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																															
<u>Prostatectomia</u>	<u>Propofol</u>	<u>Resposta a Propofol</u>																															
Nº	RL	Na																															
K	Plaquetas	Glicose																															
<p>Histórico de doenças/vômitos no pós-operatório</p> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não								<p>Medicação (verificar se toma no dia de cirurgia)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>RL</th> <th>Na</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nº	RL	Na	K	Plaquetas	Glicose																		
Nº	RL	Na																															
K	Plaquetas	Glicose																															
<p>Histórico familiar - problemas com anestesia</p> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não								<p>Medicação (verificar se toma no dia de cirurgia)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>RL</th> <th>Na</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nº	RL	Na	K	Plaquetas	Glicose																		
Nº	RL	Na																															
K	Plaquetas	Glicose																															

Consentimento para os achados _____

Assinatura do médico _____

Assinatura do paciente _____

DATA: 02/11/20 HORA: 16:05

ASSISTENTE: _____



DECLARAÇÃO DE ESCLARECIMENTO MÉDICO

Eu, Dr(a) _____

CRM/ No. _____, médico(a) assistente do(a)

Sr(a). _____, portador(a)

do RG No. _____ e do CPF No. _____

beneficiário(a) da HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., Carteira No.

_____, **DECLARO** para os devidos fins que tenho

ciência das recomendações do Conselho Regional de Medicina e Governo

locais, que entendo a necessidade de avaliação adequada para se assegurar os

critérios de realização para um procedimento médico seguro e eficaz, e que o

paciente foi devidamente orientado sobre a indicação do procedimento e dos

riscos de realização neste momento. Afirmo que avaliei o(a) referido(a) paciente,

bem como todos os riscos de submetê-lo(a) ao(s) procedimento(s)

durante o período de Pandemia da COVID-19, no qual as orientações da

Organização Mundial da Saúde – OMS e do Ministério da Saúde indicam o

isolamento social como forma de contenção e prevenção do CORONAVÍRUS.

DECLARO, ainda, que a opção de realizar o procedimento foi tomada em

conjunto com o paciente, de forma livre e voluntária, sem intervenção da

Operadora.

_____ de _____ de _____

DR(A). _____
CRM/ No. _____

Dr. Daniel Roberto
Orcovani e Tomazazzo
CRM 3127 RCL 4480

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE EXECUÇÃO DE
PROCEDIMENTO MÉDICO

Eu, Antonio Souza do Carmo, portador(a) do
RG No. _____ e do CPF No. _____
beneficiário(a) da HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., Carteira No.
_____, DECLARO para os devidos fins, inclusive
os de direito, que OPTO por me submeter ao(s) procedimento(s)
_____, solicitado pelo
Dr(a). _____ CRM- No. _____
durante o período de Pandemia da COVID-19. Estou ciente que as orientações
da Organização Mundial da Saúde – OMS e do Ministério da Saúde indicam o
isolamento social como forma de contenção e prevenção do contágio pelo
CORONAVÍRUS e que assumo a inteira e total responsabilidade pelos riscos de
realizar o procedimento neste momento, inclusive, o de contrair a doença e suas
consequências em decorrência da mesma.

DECLARO, ainda, que fui plenamente orientado pela HAPVIDA ASSISTÊNCIA
MÉDICA LTDA. em relação aos riscos aos quais estou sujeito, e que eximo a
referida operadora por danos que porventura eu venha a sofrer neste sentido.

_____ de _____ de _____

Antonio Souza do Carmo
BENEFICIÁRIO(A)



hapvida

Faz bem pra você

(Preencher quando não houver o(a)guia)

Nome completo (paciente): Antônio Souza de Sá
 CPF: 4213423382 Data de Nascimento: 20/05/1986
 Médico: [assinatura]
 CRM: 3330

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 anestesíologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico: [assinatura] ou a seguinte alternativa anestésica: [assinatura]

Declaro ainda que:

- a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto (s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesíologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- b) Foi esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos a que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorram lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como foi esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesíologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- f) Foi 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. Foi informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

02 de Dezembro de 20 20 Hora: 16:00h

Nome legível: Antônio Souza de Sá Assinatura: [assinatura]

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

[assinatura]
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Antônio Souza da Silva
Data de nascimento	30/05/1986
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Maria Nancy (mãe)
Procedimento a ser realizado	Sinovectomia total do cotovelo.

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		desde as 8h de hoje (02/12/20)
Possui alergia a medicação?		X	
Faz uso de alguma medicação?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses	X		ENTREGUE AO ACOMPANHANTE
Cirurgias anteriores	X		Amiopia quando criança (em pulso (rodilha))
Identificação com pulseira	X		USO

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré-operatório	X			Intelectual.
Tricotomia cirúrgica		X		

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade		X	Cotovelo
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou:

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:			
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica:			

4. SSVV:

PA	137 x 75 mmHg.
T	35,6°C.
FC	77 bpm.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:22

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	DI. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 71740478	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Letão: /	
Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1]	Nº: 64129316	25/01/2021	89 07:43
ANAMNESE			
Queixa Principal	PO COM COLEGA		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
Comorbidades	Não		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO		[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:22

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 71740478	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8286 (1)	Nº: 64136464	25/01/2021	As 10:02
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM 30 DIAS DE PÓS OP DE COTOVELO ESO		(1)
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		(1)
CID10	S500 CONTUSAO DO COTOVELO		(1)
Alergias	Não		(1)
Medicação Em Uso	Não		(1)
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		(1)
Comorbidades	Não		(1)
DIAGNÓSTICO			
CID10	S500 CONTUSAO DO COTOVELO		(1)
CID10	S500 CONTUSAO DO COTOVELO		(1)
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:23

Paciente: ANTONIO SOUZA DO GARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1985	Atendimento: 71740478	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(s): BRUNO DE BRITO BOTEELHO CRM RR9(1)	Nº: 64138230 26/01/2021 às 10:28		
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim		(1)
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	26/01/2021		(1)
Hora Da Alta	10:28		(1)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:23

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1986	Atendimento: 71740478	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(a):	Nº: 64138094 26/01/2021 / Ass: 16:27		

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
70814939

!itTJ"

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

05/05/2021 17:21:02

Prontuario	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17441331	ANTONIO SOUZA DO CARMO	M	30/05/1986	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30588616 SSP CE	4213433382		1-CASADO	
Endereço				
AV B,206 - JEREISSATE 3, MARACANAU(CE) CEP 6160000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
86273528				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	CAIXA BENEFICENTE DOS MILITARES DO CEARA		
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
031F40012710080183,			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
15/12/2020	06:38		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2148853 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
<p>ASL-0000978/22 alexia.pvital 01/02/2023 18:17:28</p>			
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			
<p>ASL-0000978/22 alexia.pvital 01/02/2023 18:17:28</p>			

R4310RA-01.105 MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:18

Paciente:	ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.:	30/05/1986	Atendimento:	70814939	Prontuário:	17441331
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito:	133225/1		
Profissional(a):	FRANCISCO JOSE FROTA PRADO JUNIOR CRM 13246 [1]		MP:	62115806	15/12/2020	07:22	
ANAMNESE							
Queixa Principal	revisao lesao biceps						[1]
Queixa Principal							
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>						[1]
CID10	M258 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO						[1]
Alergias	Não						[1]
Medicação Em Uso	Não						[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não						[1]
Comorbidades	Não						[1]
EXAME FÍSICO							
Nível De Consciência	0						[1]
Resposta Motora	6						[1]
Resposta Verbal	5						[1]
DIAGNÓSTICO							
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO						[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO						[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:10

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO	Dt. Nasc.: 30/05/1966	Atendimento: 70814939	Prontuário: 17441331
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/1	
Profissional(is): FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO COREN 1097873 (1)	Nº: 62117561	15/12/2020	08:19
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	RETIRADA DE PONTOS 1 REALIZADO AS 08:16, EM 15/12/2020 POR FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.		(1)
	CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA REALIZADO AS 08:16, EM 15/12/2020 POR FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.		
AVALIAÇÃO DE RISCO			
Hemorragia Puerperal			(1)
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)			(1)
Lesão Por Pressão Podiátrico (Braden Q)			(1)
Queda Adulto (Morse)			(1)
Queda Pediátrica (Humpy-Dumpty)			(1)
Fiebre			(1)
Tromboembolismo Venoso Clínico			(1)

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/2021
CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Vicente Evangelista Duarte
2º Ten. OCAPM
Mat. 108.855-1-X/PM/CE

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins comprobatórios que o paciente ANTONIO SOUZA DO CARMO está em acompanhamento traumatológico, pós-operatório de lesão do tríceps esquerdo, CID M62.1. Fixado com parafuso âncora. Em processo de cicatrização muscular. Atualmente em tratamento fisioterápico de reabilitação. Ainda com atrofia e limitação do arco de movimento. Recomendo afastamento de suas atividades laborais por um período de mais 60 (sessenta - ou a critério do médico perito do INSS) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 26 de janeiro de 2021

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 / RQE 4498
DR. BRUNO BRITO BOTELHO
CRM-CE 9329 RQE 4498
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/23
CONFERE COM O ORIGINAL DO CUIF

Victoria Evangelista Duarte
CRM 108.853-1/CE
Mat. 108.853-1/CE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins comprobatórios que o paciente ANTONIO SOUZA DO CARMO está em acompanhamento traumatológico, pós-operatório de lesão do tríceps a esquerda, CID M62.1. Fixado com parafuso âncora. Evoluiu com cicatrização da lesão. Permanece com material de síntese. Atualmente em tratamento fisioterápico de reabilitação. Ainda com dor e limitação do arco de movimento. Recomento afastamento de suas atividades laborais por um período de mais 60 (sessenta) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 23 de MARÇO de 2021

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia Traumatologia
CRM 9329 RQE 4498

DR. BRUNO BRITO BOTELHO
CRM-CE 9329 RQE 4498
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

PRO PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA

61939-915 MARACANAU - CE

ATTESTAÇÃO

21/05/2020

COMISSÃO

CRISTINA DUTRA

CRISTINA DUTRA

CRISTINA DUTRA

CRISTINA DUTRA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ANTONIO SOUZA DO CA
quando necessário o seu afastamento do local de trabalho ou esco
dia(s), a partir de 16/11/2020, tendo como causa do atendimento

do da Doença

10/11/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

DR RAULO PINHEIRO DE ARAUJO

Colocação da CID Assinado us

de Autenticação BOHOQ1017R312

Dr. Raulo Pinheiro de Araujo
Diretor de Medicina Traumatológica
RFO 10363 - FIC 10363
CRM/CE: 15434

Emergência Reg. 5357066

Antonia Souza da Cunha

Atendido (a) neste Hospital no dia 10 / 11 / 20 às 16
e causa do socorro relato de acidente de rua

da pela Neurocirurgia, não sendo constatada
lesão passiva da Neurocirurgia. Recomeço
tratamento de atividade laboral
em 7 dias

es.

D. 10 509



VERIFICADO EM 21/05/2021
301 100-085-101 FACE

11 de 11 de 2007

Planilha - CAN Antonia Souza

Dr. Renato
Neuro
CPER

4003271008

ANTONIO Souza do Carmo

Dr. João Pedro
Ortopedia e Traumatologia
TEC 1503
CREMOP 1414

2

2

Paciente vítima de acidente Automóbil
volvendo com ruptura tendão tríceps
distal esquerdo. Necessita cirurgia

HISTÓRIA DO DOENTE

1. Data de nascimento: 27-06-1915

2. Local de nascimento: ...

3. Data de admissão: 27-06-1915

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DATA	PROCEDIMENTO	RESULTADO
07/05/58	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR COTOVEL	
07/05/63	SINOECTOMIA DO COTOVEL	01
07/05/69	TENOPLASTIA DO COTOVEL	01
07/05/85	TENOSES DO COTOVEL	01

DIAGNÓSTICO

1. ANOMALIAS MÚLTIPLAS 02

AUTENTICAÇÃO
EMILIO DE SOUZA
27/06/15

SIGNATURA DO MÉDICO

...

PACIENTE SEM ORDEM ADO DO REGISTRO
AGENCIAMENTO DE TESTES



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg. 5357066

O(S) (a) Antônia Souza da Costa

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 10/11/20, às 18:53h

Tendo como causa do socorro relato de acidente de moto.

Avaliada pela Neurocirurgia, não sendo constatada
alteração passiva de Neurocirurgia. Recomendado
tratamento de fisioterapia laborativa para
10 (dez) dias.

Observações: _____

CID-10: S09

Fortaleza, 11 de 11 de 2000

Médico de Plantão - CRM: 00000000

CPF: _____

Resposta do Medico de Emergência Reg. de

Dr. Rafael C. L. Maia
Neurocirurgião
CRM/CE 14014
SOE 9200

AUTENTICAÇÃO
EM: 21/05/2021
CONFERE COM O
ORIGINAL DOJ.FE

Vicente Evangelista Duarte
2º Ten. ODAPM
Mat. 106.853-1-K / PM CE

ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28

Instruções de Preenchimento

1. Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura reconhecida em cartão, por sua presença.
 2. O médico facilitará a análise do processo ao preencher esta declaração respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente.
 3. Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às "Informações Adicionais" (vide página 3).
- Obs.: As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm a única finalidade de auxiliar o processo de benefícios.

Dados do Segurado

Nome completo do segurado	Nome do Processo de Seguro
ANTONIO SOUZA DO CARMO	10/11/2020

Relatório Médico

Data em que o acidentado solicitou os serviços médicos: 06/04/2021

Quesitos a serem avaliados? Indicar a lesão, a natureza e a extensão dos danos:
RUPтура DO TENDÃO DO TRICEPS BRAQUIAL DA

Fuzy lesões traumáticas ou decorrentes pelo acidente? Sim Não

Em caso negativo, descrever as causas: _____

Existe ou não atualmente alguma doença, ferimento ou lesão decorrente do acidente? Sim Não

EM CASO DE MORTE

Em que data e hora ocorreu a morte? _____

Quais as causas médicas que a determinou? _____

A morte resultou exclusivamente dos efeitos do acidente? Sim Não

Quais causas contribuíram para o ocorrido? Sim Não

Quais as causas? _____

Houve qualquer prejuízo em respeito da morte? Sim Não

Por que foi realizado? _____

Fuzy falta absoluta? Sim Não

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Qual foi o trabalho anterior? ANTONIO PRUDENTE

Qual foi o tratamento realizado? NÃO

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM 5155
CPF: 278.712.23-91

Qual foi o diagnóstico principal?

REABILITAÇÃO MOTORA

Qual foi o tratamento realizado?

RECONSTITUIÇÃO CIRÚRGICA DE
LEJÃO DO TRÍCEPS BRAQUIAL ESQ.

Houve complicações?

Sim Não

Em caso afirmativo, quais?

As complicações foram consequências diretas e imediatas das lesões sofridas?

Sim Não

Apresenta sinais ou sintomas pré-existentes oriundos de negligência do acidentado?

Sim Não

Quando houve o primeiro atendimento, já havia alguma assistência médica-hospitalar em decorrência deste acidente?

Sim Não

Qual o nome do médico que prestou o atendimento? (Informe Nome completo, CRM e Telefone)

DR. BRUNO BOTELHO CRM 4498.

Data da alta médica de alta considerando o término do tratamento que tenha sido realizado?

01/06/2021

O acidentado encontra-se completamente restabelecido?

Sim Não

ALTA COM SEQUELAS

Se não estiver totalmente restabelecido, qual o tempo necessário para a recuperação integral ou para a consolidação das lesões?

ALTA MÉDICA DEFINITIVA COM SE-
QUELAS EM 01/06/2021

Em se tratando de lesões neurológicas, qual o nível funcional em % segundo:

Então após a partir de exames registros e teste

Sim Não

É aferido nível de força TOTAL e INERVAVEL

Sim Não

As lesões são diretamente de causa traumática?

Sim Não

Qual a causa?

Se sou entender, os efeitos físicos ou doenças pré-existentes podem ter gerado as consequências físicas ou psicológicas?

Sim Não

Esta redução pode ser considerada de caráter definitivo?

Sim Não

Em caso afirmativo, qual será o percentual definitivo da redução funcional?

Após os exames e/ou tratamentos especializados de uso funcional, há a melhoria?

Sim Não

Em caso afirmativo, qual é o tempo necessário para obter essa melhoria e quais as providências que ocorrerão?

Fazer indicar, com a devida fundamentação, a porcentagem da capacidade funcional (máxima, médio ou mínima) de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como resultado de dano a saúde do acidentado, bem como, descrever atividades no âmbito a seguir (Realizar a seguinte):

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO
MEMBRO SUPERIOR ESQ 40% POR
DOER A MOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO
MOVIMENTOS

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 278.776.923-91

GRÁFICO DAS LESÕES (HACHURAR AS PERDAS E CIRCULAR AS ANQUILOSES E FRATURAS NÃO CONSOLIDADAS).



LESÃO DO ULTRA (ultra) visual, OQ _____ OF _____ AO _____

Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente:

ALTAMENTE DEFINITIVA EM
01/06/2021 COM SEQUELAS

Dados do Médico Assistente

Nome Completo JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA		CITY 5155
Endereço Completo AV. HUMBERTO MONTE 1440		CPF 85 32834784
Alfabeto para preenchimento: sem acento e acento desde o dia 06-04-21 até o dia 22-12-21		Idade 41

Estão ciente de que o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados, e o ICATU S/A poderá, sempre respeitada a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados com os intermediários e com outras entidades privadas ou organizações públicas e/ou com outras informações sobre a proteção dos dados pessoais, toda a legislação Política de Privacidade disponível no Site Institucional. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local Restolândia Data 22.12.21

Dr. João Batista Gomes da Silva
R. 5155 - LOM 5155
CPF: 85.775.928-04



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



NOME
ANTONIO SOUZA DO CARMO



DOC. IDENTIDADE/ ORG. EMISSOR UF
30588010 PM CE

CPF DATA NASCIMENTO
042.134.333-82 30/05/1986

FILIAÇÃO
**ANTONIO LOPES DO CARMO
 MARIA FRANCY SOUZA DO
 CARMO**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05386788640

VALIDADE
17/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
21/12/2011

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Antonio Souza do Carmo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
20/10/2017

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

**81110120909
 CE161897924**

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1545121371



PROIBIDO PLASTIFICAR
1545121371

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 04213433382 4 - Nome completo da vítima: Antonio Souza do Carmo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2032

5 - Nome completo: Antonio Souza do Carmo 6 - CPF: 04213433382
 7 - Profissão: Policial militar Av. 13 (Condôminio M. dos Petalos) 200 8 - Número: com 515
 9 - Bairro: Freissate 10 - Complemento: _____
 11 - Cidade: Pacatuba 12 - Estado: CE 13 - CEP: 61814900
 14 - E-mail: blunk21@hotmail.com 15 - Telefone: (85) 981552525

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Somente os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0649 CONTA: 31196 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML), para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Gostei Permissivo com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pacatuba 30/12/2021
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Antonio Souza do Carmo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO

- Destinatário ausente Falecido
- Endereço insuficiente Destinatário mudou-se Destinatário desconhecido
- Não existe número indicado Objeto recusado Outros _____
- (Indicar) (SERVIDOR)

DEVOLVIDO A ECT

EM: ____/____/____

Estado do Ceará
GOVERNO MUNICIPAL
PacatubaDEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE TRÂNSITO,
TRANSPORTE E RODOVIAS**DEMUTRAN****SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA**Código de Trânsito Brasileiro
Lei 9.503/97

Art. 165 - Dirigir sob influência de álcool ou qualquer substância entorpecente que determine dependência física ou psíquica:

- o Infração - gravíssima
- o Penalidade - multa no valor 900 UFIR e suspensão do direito de dirigir
- o Med. Adm. - retenção do veículo até apresentação do condutor habilitado

TELEDETRAN - 0800 275 6768

PEIICIA - 190

www.detran.ce.gov.br

**NOTIFICAÇÃO DE AUTUAÇÃO E INFRAÇÃO DE TRÂNSITO**

Departamento Municipal de Trânsito e Rodovias - DEMUTRAN

Rua Urbano Pinheiro nº 1500 - Centro - Pacatuba - CE - Telefone: 085 - 33451027

Carta

9912382899/2015-00/CE

Prefeitura de
Pacatuba/CE

Correios

DESTINATARIO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ANTONIO SOUZA DO CARMO
R. ALMIRANTE RUFINO 46
B
VILA UNIÃO
60420075. FORTALEZA CE

Correios	REGISTRADO URGENTE registered priority	PESO (kg) máx.
Receptor		AR MP
Assinatura		Data

JU 98731656 1 BR

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES****1) REQUERIMENTO DE DEFESA DE AUTUAÇÃO:**

- o requerimento de defesa de autuação deverá ser apresentado por escrito, de forma legível, no prazo estabelecido, contendo, no mínimo, os seguintes dados: nome do órgão ou entidade de trânsito, nome, endereço completo com CEP, nº do telefone, número do documento de identificação, CPF ou CNPJ do requerente, placa do veículo e nº do auto de infração, exposição dos fatos, fundamentos legais e/ou documentos que comprovem a alegação; data e assinatura do requerente, seu representante legal ou procurador, se for o caso.

- A defesa não será reconhecida quando: for apresentada fora do prazo; não for comprovada a legitimidade do requerente (condutor indicado, proprietário do veículo ou representante legalmente constituído por procuração pública, particular com firma reconhecida); não houver assinatura do requerente ou representante legal; não houver pedido ou esse for incompatível com a situação fática.

- Deverão ser anexadas cópias legíveis dos seguintes documentos: desta notificação (frente e verso) ou do auto de infração; da CNH ou outro documento que comprove a assinatura do requerente; do CRLV e, quando pessoa jurídica, do documento comprovando a representação; Quando se tratar de procuração, este deve ser original e específica com firma reconhecida e documento do representante.

2) INDICAÇÃO DE CONDUTOR INFRATOR

- O formulário de identificação de condutor só produzirá seus efeitos legais se corretamente preenchido, sem rasuras e acompanhado de cópias legíveis da CNH válida e/ou RG e CPF do condutor infrator, documento de identificação do proprietário do veículo e do comprovante de endereço atualizado do condutor indicado com no máximo 90 (noventa) dias.

- A CNH do condutor identificado só será aceita se estiver com a categoria compatível com o veículo autuado e dentro do prazo de validade (vencimento).

- No caso do veículo de propriedade de pessoa jurídica, a assinatura do proprietário deverá estar acompanhada de carimbo que o identifique (nome, função ou cargo e CNPJ da empresa) e/ou Contrato de Locação, se for o caso.

- As informações prestadas e a veracidade dos documentos fornecidos são de responsabilidade cível, administrativa e penal do proprietário do veículo.

3) OUTRAS INFORMAÇÕES

- A Defesa e/ou identificação do Condutor devem ser entregues pessoalmente ou remetidas pelos Correios ao endereço do Órgão que autuou a autuação, indicado nesta Notificação. Se utilizados os Correios, deverão ser postados com antecedência a fim de serem protocolados dentro do prazo legal.

- Mantenha seu endereço atualizado junto ao DETRAN. A notificação devolvida por desatualização do endereço do proprietário do veículo será considerada válida para todos os efeitos (Art. 282 § 1º do CTB).

- A data de expedição a ser considerada é a data de postagem desta notificação nos Correios.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220001071 Cidade: Pacatuba Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ANTONIO SOUZA DO CARMO Data do acidente: 10/11/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano e ruptura do tendão do tríceps braquial esquerdo

Descrição do exame físico: Apresenta bloqueio residual de flexão e extensão do cotovelo esquerdo. Sequela funcional residual do cotovelo esquerdo pela perda parcial da mobilidade.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com sinovectomia, tenoplastia, tenólise. Foi submetido a fisioterapia motora. Alta definitiva no mês de maio de 2021

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/03/2022

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do cotovelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

DADOS DO SINISTRO

Número: 3220001071 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SOUZA DO CARMO **Data do acidente:** 10/11/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano e ruptura do tendão do tríceps braquial esquerdo

Descrição do exame Apresenta bloqueio residual de flexão e extensão do cotovelo esquerdo

físico: Sequela funcional residual do cotovelo esquerdo pela perda parcial da mobilidade.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com sinovectomia, tenoplastia, tenólise. Foi submetido a fisioterapia motora. Alta definitiva no mês de maio de 2021

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/03/2022

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do cotovelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220001071 Cidade: Pacatuba Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ANTONIO SOUZA DO CARMO Data do acidente: 10/11/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2022
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Sim
 Diagnóstico: FRATURA DE OLCRANO ESQUERDO COM LESÃO DO TRÍCEPS. P.2,7,32,33,36,45,58,
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SINOVECTOMIA, TENOPLASTIA, COLOCAÇÃO DE ÂNCORA, RECONSTRUÇÃO DE TRÍCEPS E TENODESE) E ALTA MÉDICA. P.23
 Sequelas permanentes:
 Sequelas:
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas:
 Documentos complementares:
 Observações: @53,54,60-61(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25