Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

PROCURAÇÃO *AD JUDICIA*

OUTORGANTE:
Helio de Angelis Leal Maciel, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no CPF 043.875.678-88 e RG sob o nº 980101 00041 SSP CE, residente e domiciliado na Rua Conego de Castro, 4338, Parque São João, na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará.

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

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

Fortaleza - CE, 02 de julho de 2018.

HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL
OUTORGANTE

Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

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

Fortaleza - CE, ____ de _____ de 2018.

E. KELIO DE ANGELIS CEAL MACIEL

ASSINATURA

DO DECLARANTE

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE |
E-mail: ars.juridico@gmail.com | (85) 98522-4349 (85) 98885-7168 (85) 3032-9747

ARS | Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

SUBSTABELECIMENTO

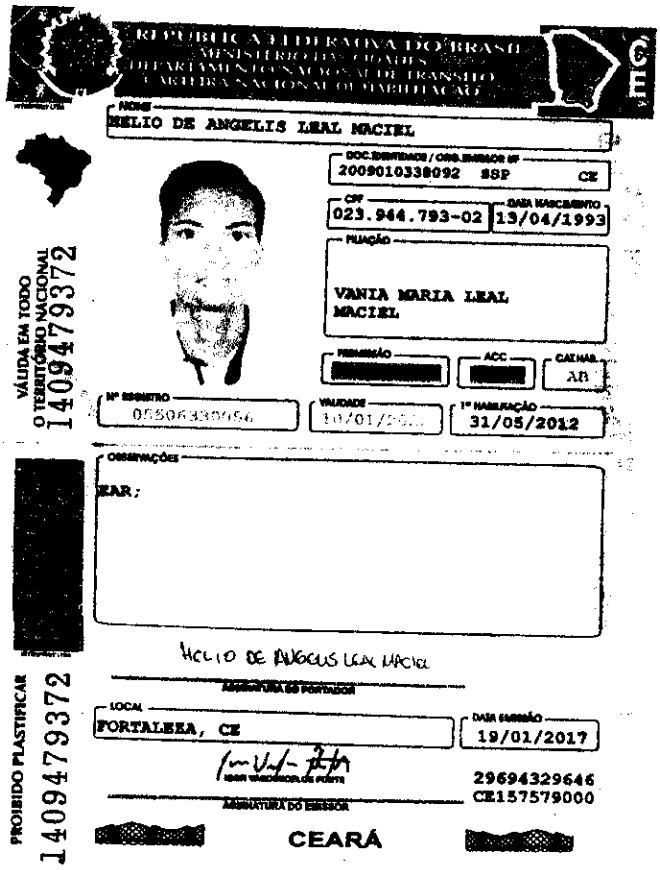
EU, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de n°. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de n° 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL,** para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.

ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204

FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE |
E-mail: ars.juridico@gmail.com | (85) 98522-4349 (85) 98885-7168 (85) 3032-9747



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

NOME
HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2009010338092 SSP CE

CPF 023.944.793-02
DATA NASCIMENTO 13/04/1993

FILIAÇÃO
VANIA MARIA LEAL MACIEL

PERMISSÃO [redacted]
ACC [redacted]
CATHAB AB

Nº REGISTRO 05506330056
VALIDADE 10/01/2022
1ª HABILITAÇÃO 31/05/2012

OBSERVAÇÕES
EAR;

HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE
DATA EMISSÃO 19/01/2017

SENAT VALIDADOR DE FORTA
29694329646
CE157579000
ASSINATURA DO EMISSOR

[redacted] CEARÁ [redacted]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
14094479372

[redacted]

PROIBIDO PLASTIFICAR
14094479372

RECEBIDOS

24 ABR 2019

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

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

enel

6683317-5
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 509321277

Rota 32 22024 01 092600 - 7
Data de Emissão 17/01/2018
Nome HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL
End. Postal ST CARAUBAS' 00000
- S GONCALO AMARANT - 60000000
Medidor 9887303
Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 023944793-02
CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	16/02/2018	16/02/2018

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
99,60	27,00%	26,89

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4219.B498.B296.B502.B3CF.5080.2D03.1948

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto PEDCEM
Mês Nov/2017 EUSD 31,51

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,87	21,74	43,49	0,00	0,00	0,00
FIC	7,74	15,49	30,98	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,80			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
19655	19517	1,00	138	0,00	138	0,72177	99,60
17/01/18	15/12/17	30 DIAS			138		99,60

Z 4 MAR 2018

DESCRIÇÃO — **VALOR (R$)**

VALOR CONSUMO DO MES	99,60
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,12

25/03/2018 — 110,72

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	39,96
Transmissão	3,33
Distribuição	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	32,43
TOTAL	99,60

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Fev/17	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan/18
137	138	141	140	118	140	133	142	120	146	127	145	160

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
59,64	0,00	0% – 100

MENSAGEM DE ATENDIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
O SEU NUMERO DE INSCRIÇÃO COMO DA CONTA CORRENTE.
Chama de vizinhos e amigos a entrar no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da Saude. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE A PARCERIA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA PARA FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 96 RES 414

Consta cobrança de R$ 5,54 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:0,65% e COFINS:3,14%

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia eletrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui quitacoes anteriores.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

FLS. ___ ___
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 548 - 514 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/02/2018 09:03:28**
Data / Hora da Ocorrência: **29/01/2018 20:20:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DO PECEM, ENTRADA DA COLONIA DE**
Complemento:
Bairro: **COLONIA DE FERIAS** Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**
Ponto de Referência: **ENTRADA DA COLONIA DE FÉRIAS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL**
Nascimento: **13/04/1993** CPF: **023.944.793-02**
CNH: **05506330056** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **VANIA MARIA LEAL MACIEL**
NC
Endereço: **SITIO CARAUBAS**
Bairro: **CARAUBAS**
Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE** CEP: **62.670-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9273-8005**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUZ1854** Uf: **CE** Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE** Chassi: **9C2JC4110AR051651** Renavam: **228663717** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA CLEUDENIR DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Informa o declarante que na data e local da ocorrência, plotava a moto de marca/modelo e placa descrita acima, quando um animal(VACA), estava no meio da via e o mesmo não teve como desviar; QUE, o declarante colidiu com o referido animal vindo este ao solo, com o impacto da queda o mesmo FRATUROU O ANTI-BRAÇO ESQUERDO, que foi socorrido para UPA do Pecém e depois transferido para o Hospital Antonio Prudente onde passou por procedimento cirúrgico; QUE, o declarante teve ESCORIAÇÕES NA MÃO DIREITA, BRAÇO ESQUERDO, PERNA ESQUERDA. QUE, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
MADALENA DE SOUSA ROCHA MARTINS - MAT.: 198182-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
ADRIANA ALVES BRANDÃO BRAGA - MAT.: 198860-1-8

UNIDADE DE SEGURANÇA INTEGRADA
DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
RUA DA LIBERDADE S/N
BAIRRO PALESTINA, CEP 62.670-000
FONE 3315.4507

SINAIS VITAIS

Horário:					Horário:				
P.A.					Sp. O2.:				
T.					Dx.:				
F.C.					F.R.:				

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO
	[illegible]	20:55	Pct. medicado conforme prescrição medica em AVP.
	[illegible]	20:53	
			MSD -

DOMINGOS HENRIQUE M. MOURA
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN 108782-TC

EVOLUÇÃO

DATA	
29.01.18 20:45 h	Paciente procedente do sítio carnaúbas - Pecém. Vítima de acidente de moto, colisão moto-vaca, trazido na ambulância apresentando escoriações em MSE e MIE e fratura de antebraço E. Foi medicado. Aguardando vaga na central. Às 22:25h foi transferido p/ o Hospital Antônio Prudente, na ambulância, com o Téc. Enf. Silvano.

Angela Maria Alves
COREN: 000.426.122
Enfermeira

ALTA DO PACIENTE

☐ Alta Medicação ☐ Alta Nebulização ☐ Alta Observação Adulto ☐ Alta Observação Pediátrica

☐ Transferência/Local: Antônio ☐ Óbito Hora Saída: 22:25 Data Saída: 29/01/18

Motivo do Óbito: Prudente

Seguradora LIDER

[illegible]

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos [illegible] do seu REPRESENTANTE LEGAL (caso seja aplicável), sem rasuras. O Representante Legal é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é [illegible] pelo pai, mãe ou tutor. Ao [illegible] o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, [illegible] mãe ou tutor. O formulário deverá ser assinado pela vítima e pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Helio de Angelis Leal maciel

CPF da vítima: 023.944.793-02

Data do Acidente: 29.01.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do representante legal:

CPF do representante legal:

Email:

Telefone:

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

Assinalar uma das opções abaixo:

✓ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, nas [illegible] de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, sendo que esta declaração permite o prosseguimento da análise da [illegible] sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBEMOS

24 APR 2018

Fortaleza 19 04 18

HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 30/01/2018 13:17:11

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA

Dt. Nasc.: 13/04/1993
Nº Prescrição: 0015772477
Leito: ~~133410~~/1 30232

Atendimento: 48344102
30/01/2018 **às** 07:46
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 4057621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

							HORÁRIOS
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			3/3h	ORAL			12:00 ; 15:00 ; 18:00 ; 21:00 ; 31/01 - 00:00 ; 31/01 - 03:00 ; 31/01 - 06:00 ;
2. **Hidratação Venosa**	**Fase Única**	**Vol. Total:**	**500 ml**	**7.00 gts/min**	**Acesso Periférico**		15:00 ;
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500 ml				
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	Agua Destilada	1 g	1 FRAP (C/1GR) 10 ml		8/8h	EV	18:00 ; 31/01 - 02:00 ;
4. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	1 FRAP (C/100MG) 100 ml		8/8h	EV	18:00 ; 31/01 - 02:00 ;
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG) 18 ml		6/6h	EV	12:00 ; 18:00 ; 31/01 - 00:00 ; 31/01 - 06:00 ;
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG) 100 ml		6/6h	EV	14:00 ; 20:00 ; 31/01 - 02:00 ;
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Agua Destilada	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG) 18 ml		8/8h	EV	14:00 ; 22:00 ; 31/01 - 06:00 ;
8. PUNCAO C/ JELCO				SN			
9. SINAIS VITAIS							
10. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO							

Reservado para o SND
ENTEROFIX _____
Ass.

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

Priscila Melo
Enfermeira
COREN-CE: 499.165

RP1531 MARIANA CIRIACO DE ARAUJO 30/01/2018 13:15 192.85.4.101

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA

Dt. Nasc.: 13/04/1993
Nº Prescrição: 0015772477
Leito: 133410/1

Atendimento: 48344102
30/01/2018 **às** 07:46
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 4057621

Emissão 30/01/2018 13:17:11

GASTOS

Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.
PLAMET							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6				
AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	3	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	**HV Vol.Total: 500.00 Vig:**					
PLAMET 10MG AMPL 2 ML	3	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1				
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1				
DIPIRONA		TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1				
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	8						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20						
AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	4						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8						
DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	4						
ROFENID IV							
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	2						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8						
ROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	2						
RAMAL							
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	3						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	3						
RAMAL 100MG AMPL 2 ML	3						
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	3						
CEFAZOLINA SODICA							
CEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20						

RP1531 MARIANA CIRIACO DE ARAUJO 30/01/2018 13:15 192.85.4.101

24 AGO

ANTONIO PRUDENTE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

30/01/2018 10:13
rp1532_aae

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Nº Prescrição:** 15774483 30/01/2018 **às** 10:06
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES **Leito:** 220/2
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO
Profissionais: [redacted]

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA
Relacionado a: DOR
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE **Mantido:**

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A
Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
OBSERVAR SINAIS FLOGISTICOS **Mantido:**

10 - RISCO DE SANGRAMENTO
Relacionado a: TRAUMATISMO
EVITAR SANGRAMENTO **Mantido:**

Maria Maria Alves
COREN-CE 350020 - ENF

7 4 APR 2018

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

29/01/2018 23:45

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48343939 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(ls): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1] **Nº:** 18779114 29/01/2018 **às** 23:46

ANAMNESE

Queixa Principal	RELATA ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQ E PE ESQ	[1]
Queixa Principal		
CID10	T009 TRAUM SUPERF MULT NE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RECEBIDOS

7 A ABR 2019

CONFERE COM O ORIGINAL

LEANDRO 431

Assinatura

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: DEGINALDO HOLANDA CHAVES:95697047304, às 16:52BRT de 30/01/2018

ANTÔNIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento 48343939

!SEJJ"

fls. 26

21/03/2018 13:08:05

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
4057621	HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	M	13/04/1993	24

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
92015032037 SSP CE	77059093320		1-CASADO

Endereço
R 218,319 - CONJUNTO CEARA, FORTALEZA(CE) CEP 60530380

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
34712178	

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
00100688849010034	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
29/01/2018	23:41		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

RECEBIDO

24 ABR 2019

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA CLEUDENIR DA SILVA MACIEL,

RG nº 2008537555G, data de expedição 25/06/13,

Órgão SSPDS-CE, portador do CPF nº 004.049.043-27, com

domicílio na cidade de SÃO GONÇALO DO A., no Estado de

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

SITIO CARAUBAS, nº S/N,

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

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

vítima HELIO DE ANGELIS LEAL M., cujo o condutor era

HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL.

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA/CG 125 FANKS
Ano: 2010
Placa: UUZ1854
Chassi: 9C2JC4110AR051651
Data do Acidente: 29/01/2018
Local e Data: SÃO GONÇALO DO AMARANTE - 27/03/2018

Maria Cleudenir da Silva Maciel
Assinatura do Declarante

HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL

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

SELO DE AUTENTICIDADE
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
Reconheci por semelhança de Maria Cleudenir da Silva Maciel e Helio de Angelis Leal Maciel
POR SEMELHANÇA POR AUTENTICIDADE
27 MAR 2018
Mikaelle Santos Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

RECEBEMOS
24 ABR 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE — Nº 013400097364
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	00228663717	0000000000	2017

NOME
MARIA CLEUDENIR DA SILVA
****
****
SAO GONCALO DO AMARANTE /CE

CPF / CNPJ	PLACA
00404904327	NUZ1854/CE

PLACA ANT. / UF	CHASSI
/CE	9C2JC4110AR051651

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS	2010	2010

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/OCV/124CC	PARTIC	PRETA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	********,**	**/**/**	1ª ********
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO COTAS	2ª ********
	********	********,**	3ª ********

PREMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			********

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
SAO GONCALO DO	24/05/2017

Igor Pontes
Superintendente
DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013400097364 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	24/05/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	00404904327	NUZ1854

RENAVAM	MARCA / MODELO
00228663717	HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2010	09	9C2JC4110AR051651

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,15	0,7	165,5

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	23/05/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.249.[illegible]/0001-04

MOTOR: JC41E1A051651 00237

24 ABR 2019

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:06

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48343939 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1] **Nº:** 18779372 30/01/2018 **às** 00:06

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA-LUXACAO DE GALLEAZZI	[1]
Queixa Principal		
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Geovanda F. Moura
Corretora de Seguros Ltda
CNPJ 121.427.739/0001-41

CONFERE C/ ORIGINAL

LEANDRO 431
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 00:00

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48343939 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1] **Nº:** 18779372 30/01/2018 **às** 00:06

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA-LUXACAO DE GALLEAZZI	[1]
Queixa Principal		
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]

RECEBIDO

24 MAR 2019

Mara Sousa Lima de Moraes
Conselho de Segurança Pública

CONFERE C/ O ORIGINAL

LEANDRO 431
Assinatura

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: DEGINALDO HOLANDA CHAVES:95697047304, às 16:51BRT de 30/01/2018

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

21/03/2018 13:06

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48343939 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/1

Profissional(is): LUCAS VENANCIO FRUTUOSO COREN 4893128 [1] **Nº:** 18782599 30/01/2018 **às** 07:22

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	PUNCAO C/ JELCO JUSTIFICADO AS 07:01, EM 30/01/2018 RESP. LUCAS VENANCIO FRUTUOSO, COREN/CE 4893128. MOTIVO: PACIENTE AUSENTE.	[1]

RECEBIDOS

24 ABR 2018

Maria Lucineide F. Nogueira
Coordenadora de Suporte Geral
Hospital Geral de Fortaleza

CONFERE COM O ORIGINAL

LEANDRO 431

Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

21/03/2018 13:06

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48343939 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1] **Nº:** 18779114 29/01/2018 **às** 23:46

ANAMNESE

Queixa Principal	RELATA ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQ E PE ESQ	[1]
Queixa Principal		
CID10	T009 TRAUM SUPERF MULT NE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Helena de F. Moore
Coordenadora de Segurança Jurídica

CONFERE COM O ORIGINAL

LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

21/03/2018 13:11

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48419436 **Prontuário:** 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA CRM 14529 [1] **Nº:** 18884996 01/02/2018 **às** 20:50

ANAMNESE

Queixa Principal	QUEIMADURA 2 GRAU SUPERFICIAL EM PERNA ESQUERDA CD CURATIVO	[1]
Queixa Principal		
CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

RECEBEMOS

24 ABR 2019

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE **21/03/2018 13:13**

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48500446 **Prontuário:** 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133225/15

Profissional(is): SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR CRM 13556 [1] **Nº:** 19023582 06/02/2018 **às** 08:10

ANAMNESE		
Queixa Principal	PO FRATURA PUNHO ESQ	[1]
Queixa Principal		
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:13

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48500446 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133225/15

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1] **Nº:** 19024378 06/02/2018 **às** 08:34

ANAMNESE		
Queixa Principal	07 dias de pos opd e fraturua de antebraço esq	[1]
Queixa Principal		
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]

RECEBIDO

24 ABR 2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

21/03/2018 13:13

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48500446 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133225/15

Profissional(is): FERNANDA MARIA SANTIAGO DE OLIVEIRA COREN 265650 [1] **Nº:** 19032730 06/02/2018 **às** 11:45

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CURATIVO MEDIO JUSTIFICADO AS 11:02, EM 06/02/2018 RESP. FERNANDA MARIA SANTIAGO DE OLIVEIRA, COREN/CE 265650. MOTIVO: PACIENTE AUSENTE.	[1]

24 ABR

Antonio Prudente

Emissão 31/01/2018 10:01:59

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621
Convenio: HAPVIDA MATRIZ **Nº Prescrição:** 0015784972 31/01/2018 **às** 09:31
Posto: POSTO 3B **Leito:** 3013B/2 **Peso:** 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

							HORÁRIOS
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			3/3h	ORAL			09:00 ; 12:00 ;
2. **Hidratação Venosa**	**Fase Única**	**Vol. Total:**	**500 ml**	**7.00 gts/min**	**Acesso Periférico**		07:00 ;
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500 ml				
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	Agua Destilada	1g	1 FRAP 10 ml	(C/1GR)	8/8h	EV	10:00 ;
4. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiologico 0,9%	100mg	1 FRAP 100 ml	(C/100MG)	8/8h	EV	10:00 ;
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Agua Destilada	1000mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00 ;
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiologico 0,9%	100mg	2 ML 100 ml	(AMPL C/100MG)	6/6h	EV	
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Agua Destilada	10mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/10MG)	8/8h	EV	
8. PUNCAO C/ JELCO				SN			01/02- 02:00 ;
9. SINAIS VITAIS							Manhã ; Tarde ; Noite ;
10. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO							09:00 ;

11. **Alta em:** 31/01/2018 ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Hilda Holly O. Bezerra
Enfermeira
COREN CE 450.928

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

RP1531 MARIANA CIRIACO DE ARAUJO 31/01/2018 10:00 192.85.4.101

ANTONIO PRUDENTE

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 09:0

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL **Leito:** 133410/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MEDICO, CRM 9329 [1] **Nº:** 18783294 30/01/2018 **às** 07:48

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Clínico	S52
Diagnóstico Cirúrgico	S52
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	30/01/2018
Hora Da Cirurgia	07:48
Cirurgia	TRAT. CIR. FRATURA DO ANTEBRAÇO OSTEOTOMIA DO ANTEBRAÇO ENXERTO OSSEO
Cirurgião	DR BRUNO BOTELHO
1° Auxiliar	DR RAFAEL BEZERRIL
Anestesista	DR DIONISIO
Descrição Cirúrgica	Decúbito dorsal Assepssia e antissepssia Acesso volar ao radio Divulsão por planos Osteotomia Redução dos fragmentos Estabilização com placa e parafusos Controle radiográfico Enxertia óssea Hemostasia e limpeza Sutura por planos Curativo estéril Imobilização
Códigos Dos Procedimentos	30720095 30720133 30732026

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia & Traumatologia
CRM-CE 8329

fls. 39

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 31/01/201809:34:59

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL — Dt. Nasc.: 13/04/1993 — Atendimento: 48344102 — Prontuário: 4057621
Convenio: HAPVIDA MATRIZ — Nº Prescrição: 15784972 — 31/01/2018 às 09:31
Posto: POSTO 3B — Leito: 3013B/2 — Peso: 80.00 kg

1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h	ORAL		
~~2.Hidratação Venosa Fase Única~~	~~Vol. Total: 500 ml~~			~~7.00 gts/min~~	~~Acesso Periférico~~
~~SORO FISIOLOGICO 0,9%~~	~~20.83 ml/Kcal/dia~~	~~500 ml~~			
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g)	1 g	1 FRAP(C/1GR)	8/8h	EV	
(D1/1) Agua Destilada		10 ml			
4.PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP(C/100MG)	8/8h	EV	
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			
5.DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500M	6/6h	EV	
Agua Destilada		18 ml			
6.TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100M	6/6h	EV	
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			
7.PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG	8/8h	EV	
Agua Destilada		18 ml			
8.PUNCAO C/ JELCO					
9.SINAIS VITAIS			SN		
~~10.CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA~~					
~~11.Alta em: 31/01/2018~~		~~ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO~~			

Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

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

Enfermeira
COREN-CE 200928

ANTONIO PRUDENTE

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 48344102 OK

fls. 40

!SEL%

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

30/01/2018 02:45:39

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
4057621	HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	M	13/04/1993	24

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
92015032037 SSP CE	77059093320		1-CASADO

Endereço: R 218 319 CONJUNTO CEARA FORTALEZA-CE CEP:60530380

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
34712178		VANIA MARIA LEAL MACIEL

Bruna

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor: 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Solicitado leito 03.00h

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
30/01/2018	02:45		

Médico Atendente: 2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Clinica: 4-CIRURGICA

Médico Acompanhante: 2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Tipo Atendimento: 0 INTERNACAO

Avaliação médica

31/01

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
22-HAPVIDA MATRIZ	INDIVIDUAL 14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - INDIVIDUAL
Carteira: 00100688849010042	Validade

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA	133410 SALA CC 01	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
31992900	99996666	C60121048	INTERNACAO
31992900	30720095	C60121048	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO
31992900	30720133	C60121049	PSEUDARTROSES E OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO
31992900	30732026	C60121051	ENXERTO OSSEO

OK

RECEBEMOS

24 ABR 2018

ANTONIO PRUDENTE

NOTA DE SALA

4380026

Atendimento:	48344102	**Prontuário:**	4057621	HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s) :	30720133	PSEUDARTROSES E OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO		**Tipo Anestesia:**	BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA
	30720095	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO	30732026	ENXERTO OSSEO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02		**Setor Emitente:**	CENTRO CIRURGICO - HAP FORTA	**Apto.:**

Equipe Médica:				
CIRURGIAO	903400	BRUNO DE BRITO BOTELHO	CRM	9329
PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	734403	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	CRM	8260
ANESTESISTA	3425932	DIONISIO CORPA FROZONI NETO	CRM	14587
CIRCULANTE	2141140	ALANE ALVES DE FREITAS	COREN	2587274
INSTRUMENTADORA	3115470	MARCIA MARIA ALMEIDA FIALHO	COREN	739174

Código	Especificação	Qtde
	Materiais Médico-Hospitalares	
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	2
27847	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4
134866	AGULHA STIMUPLEX 100 G -21X4 - 1 UD	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	200
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100
61063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	30
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2
27936	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	3
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	2
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4
27910	ELETRODO P/MONITOR DESCARTAVEL - 1 UD	5
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	1
31771	ETER FRAS 1000 ML	50
130803	EXTENSOR 40 CM P/NEO C/2 VIAS - 1 UD	1
25925	FIO ALGODAO SEM AGULHA SUTUPAK 3-0 - 1 UD	1
31984	FIO J&J Mononylon (1171T) - ETHILON*BLACK3-0 - 1 UD	1
161605	FIO Q VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VLT 2 ENV 1 UD	1
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	4
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4
30651	LUVA DESC.ESTERIL N-7,0 - 1 PA	4
30660	LUVA DESC.ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2
30678	LUVA DESC.ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3
30783	MALHA TUBULAR 30 CM ROLO 1500 CM	2
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5
61004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100
124942	PARAFUSO CORTICAL - 1 UD	6
27529	PLACA DCP - 1 UD	1
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1
50849	PROPES DESCARTAVEL PCT 100 UD	4
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2
30961	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30

Código	Especificação	Qtde
	Medicamentos	
32727	ADRENALINA AMPL 1 ML	1
133985	AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	3
39144	ANTAK AMPL 2 ML	1
149750	ARAMIM AMPL 1 UD	1
35181	ATROPINA 0,25 MG AMPL 1 ML	2
36064	BUSCOPAN COMPOSTO AMPL 5 ML	1
139799	CLONIDIN 150MG AMPL 1 UD	1
36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
124102	DIMORF 0,2MG/ML (1ML) AMPL 1 ML	1
38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2
48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	2
39985	DOLANTINA AMPL 2 ML	1
40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
126122	DRAMIN B6 DL IV AMPL 10 ML	1
40142	EFORTIL AMPL 1 UD	1
139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD	1
91537	NAROPIN SP 10MG FRAP 20 ML	1
46671	NUBAIN 10MG AMPL 1 ML	1
142670	OMEPRAZOL 40MG FRAP 1 UD	1
120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
41564	PLAMET 10MG AMPL 2 ML	1
59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
43290	RINGER C/LACTATO 500ML TUBO 500 ML	1
43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
104833	XYLOCAINA S/AD 2% 5ML AMPL 5 ML	1

	Gases / Aparelhos		
19	TAXA DE SALA	Início: 08:00 Fim: 09:00	
20	OXIGÊNIO	Início: 08:00 Fim: 09:00	
15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 08:00 Fim: 09:00	
16	MONITORIZAÇÃO	Início: 08:00 Fim: 09:00	
22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 08:00 Fim: 09:00	
25	STIMUPLEX	Início: 08:00 Fim: 09:00	

RECEBEMOS

24 APR 2019

Data: 30/01/2018 **Cirurgião:** BRUNO DE BRITO BOTELHO **Anestesista:** DIONISIO CORPA FROZONI NETO **Pág.** 1 **de** 1

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: Helio de Angelis Leal Maciel Data: 30, 04 18
Idade: 24a Peso:
Sexo: F ( ) [✓ M ( )]
Prontuário: 17344102 Convênio: HAP
Diagnóstico:
Cirúrgia: Braço Anestesia: BPB + Sedação
Cirurgião: [illegible] ASA: I

08:05 09:05

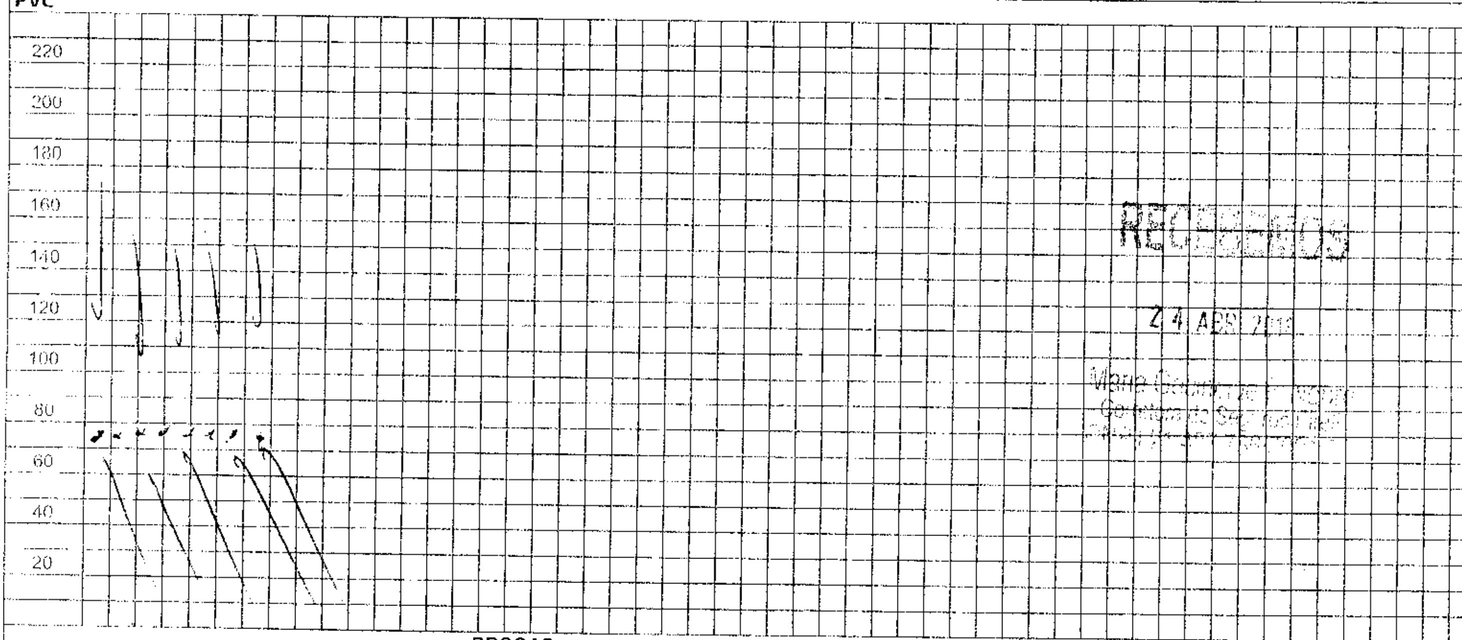
A	HORA	
G	O₂	
E	N₂O	
N	Ar	
T		
E		
S		RL SF

I: 08:25
T: 09:25
U: 1h

LÍQUIDOS 500 500

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA

SAT O₂ 99-98-99%
ETC O₂
PVC



DROGAS

1		9	
2	Fentanil 100γ	10	Midazolam (IV) 2mg
3		11	
4		12	propofol (IV) 100mg
5		13	
6		14	
7		15	
8		16	
9		17	
10		18	

EVENTO

A	Bloqueio Plexo (Interescalênico)
B	
C	
D	XYLO c/ VASO 2% 20ml
E	
F	Ropivacaína 0,5% 20ml
G	
H	
I	
J	

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO

Entubação: Oro Naso Sonda:
Respiração: Espont. [✓ Assist.] Mecan:
Absorvedor de: [✓ Sem] Com
Posição: Local da Punção:
Agulha: Técnica:
Início: Final:
Duração:

Condição final op: BEG, acordado

Intercorrências per. op: s/ intercorrências

Ass. Anestesista - CRM
DR DIONISIO C FROZONI NETO
CREMEC 14 587

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

ANTONIO PRUDENTE

POSTO COLETA EMG ADULTO - HAP **Data 30-01-2018 00:19**

Nº Pedido: 23548731 **Pag 2 de 3**

Paciente...:**HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL** Sexo: M Nasc: 13-04-1993
RG.....:**92015032037 SSP CE** Conv.:HAPVIDA MATRIZ N°Conv: 00100688849010042
Endereço...:R 218 319 CONJUNTO CEARA FORTALEZA CE 60530380 Tel.: 34712178
Solicitante:Dr(a) DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Exame.....: **HEMOGRAMA COMPLETO COM REVISAO DE LAMINAS** Coleta: 30/01/2018 00:19
Método....: **AUTOMAÇÃO**

	Valores Obtidos	Valores de Referência Homens	Mulheres
HEMÁCIAS	**5,22 Milhões/uL**	4,4 a 6,6	4,2 a 5,4 Milhões/uL
HEMOGLOBINA	**15,2 g/dL**	13 a 18	12 a 16 g/dL
HEMATÓCRITO	**45,2 %**	39 a 54	37 a 48 %
VOL. CORPUSCULAR MÉDIO	**86,6 fL**	76 a 96	76 a 96 fL
HB. CORPUSCULAR MÉDIA	**29,1 pg**	27 a 33	27 a 33 pg
CONC. HB. CORP. MÉDIA	**33,6 g/dL**	32 a 36	32 a 36 g/dL
R.D.W	**12,2 %**	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0
LEUCÓCITOS	**23.510 /uL**	2 a 8 meses:	10.000 a 16.000/uL
		7 a 12 meses:	6.500 a 13.000/uL
		1 a 14 anos :	5.000 a 10.000/uL
		Adulto :	4.000 a 10.000/uL

	(%)	(uL)	Normal (%)	Normal (uL)
NEUTRÓFILOS	**92**	**21.629**	54 a 67	2.160 a 6.700
PROMIELÓCITOS	**0**	**0**	0	0
MIELÓCITOS	**0**	**0**	0	0
METAMIELÓCITOS	**0**	**0**	0 a 1	0 a 100
BASTÕES	**4**	**940**	0 a 4	0 a 400
SEGMENTADOS	**88**	**20.689**	54 a 62	2.160 a 6.200
EOSINÓFILOS	**0**	**0**	1 a 5	40 a 500
BASÓFILOS	**0**	**0**	0 a 2	0 a 200
LINFÓCITOS	**4**	**940**	20 a 36	800 a 3.600
MONÓCITOS	**4**	**940**	3 a 10	120 a 1.000
BLASTOS	**0**	**0**		
CONTAGEM DE PLAQUETAS		**301.000 /uL**		140.000 a 500.000

HEMÁCIAS NORMOCRÔMICAS E NORMOCÍTICAS.
LINFÓCITOS SEM ATIPIAS.
PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS
NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS.

Jorgeano Sampaio Dos Santos
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 2890

24 ABR 2018

Participante dos Programas de Excelência para Laboratórios* Programa Nacional de Controle de Qualidade-PNCQ (Sociedade Brasileira de Análises Clínicas-SBAC)
O Valor Preditivo de um Resultado Depende da Análise Conjunta do seu Resultado com seus Dados Clínicos Epidemiológicos

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: NACIM MIMESSI NETTO:09854500888, às 07:42BRT de 30/01/2018

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

ANTONIO PRUDENTE

POSTO COLETA EMG ADULTO - HAP **Data 30-01-2018 00:19**

Nº Pedido: 23548731 **Pag 3 de 3**

Paciente....:HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL Sexo:M Nasc:13-04-1993
RG.....:92015032037 SSP CE Conv.:HAPVIDA MATRIZ N°Conv: 00100688849010042
Endereço...:R 218 319 CONJUNTO CEARA FORTALEZA CE 60530380 Tel.: 34712178
Solicitante:Dr(a) DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Exame.....: TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO Coleta: 30/01/2018 00:19
Método....: AUTOMAÇÃO

	Valores Obtidos	Valores de Referência
RESULTADO:	31,7 s	26.6 a 40 s Controle: 26,6 s
RATIO....:	0,98	Rátio: Até 1,20

Jorgeano Sampaio Dos Santos
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 2890

Exame.....: TEMPO DE PROTROMBINA Coleta: 30/01/2018 00:19
Método....: COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO

	Valores Obtidos	Valores de Referência
RESULTADO:	15 s	
ATIVIDADE:	81 %	MAIOR OU IGUAL A 70%
INR.....:	1,12	1,00 A 1,25

Obs: Faixas Terapêuticas em INR para várias indicações de tratamento anticoagulante.
- Profilaxia da tromboembolia venosa: 2,00 a 2,50
- Tratamento da embolia venosa profunda (fase crônica), embolia pulmonar e embolia sistêmica: 2,00 a 3,00
- Profilaxia em cirurgia de alto risco: 2,00 a 3,00
- Profilaxia da embolia venosa sistêmica em pacientes com fibrilação atrial e infarto do miocárdio: 2,00 a 3,00
- Tratamento de TVP (fase aguda) e embolia pulmonar ou sistêmica (fase aguda): 2,00 a 4,00
- Prótese de válvula cardíaca, embolia sistêmica recorrente e embolia arterial: 3,00 a 4,00

Jorgeano Sampaio Dos Santos
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 2890

RECEBIDOS
/ 4 ABR 2018

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

ANTONIO PRUDENTE

POSTO COLETA EMG ADULTO - HAP **Data 30-01-2018 00:19**

Nº Pedido: 23548731 **Pag 1 de 3**

Paciente...:**HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL** Sexo: **M** Nasc: **13-04-1993**
RG.....:**92015032037 SSP CE** Conv.:HAPVIDA MATRIZ N°Conv: 00100688849010042
Endereço...:R 218 319 CONJUNTO CEARA FORTALEZA CE 60530380 Tel.: 34712178
Solicitante:Dr(a) DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Exame.....: **UREIA (SANGUE)** Coleta: **30/01/2018 00:19**
Método....: **AUTOMAÇÃO**

	Valores Obtidos	Valores de Referência
RESULTADO:	**31 mg/dL**	Adulto: 15 a 54 mg/dL

RESULTADOS ANTERIORES: 08/03/2016 - 25 mg/dL

Jorgeano Sampaio Dos Santos
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 2890

Exame.....: **CREATININA (SANGUE)** Coleta: **30/01/2018 00:19**
Método....: **AUTOMAÇÃO**

	Valores Obtidos	Valores de Referência
RESULTADO:	**1,1 mg/dL**	Homens: 0,70 a 1,30 mg/dL Mulheres: 0,6 a 1,2 mg/dL

RESULTADOS ANTERIORES: 08/03/2016 - 0,95 mg/dL

Jorgeano Sampaio Dos Santos
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 2890

24 ABR 2019

ANTONIO PRUDENTE

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 07:45

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL **Leito:** 133410/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1] **Nº:** 18783170 30/01/2018 **às** 07:44

IDENTIFICAÇÃO		
Nome	HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	[1]
Sexo	MASCULINO.	[1]
Idade	24 A 9 M	[1]
Data De Nascimento	13/04/1993	[1]
Nº Atendimento	48344102	[1]
DADOS DO PACIENTE		
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO		
CID10 Primário	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]
COMORBIDADES		
GRAU DE INDEPENDÊNCIA		
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS		
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS		
Principal	OSTEOSSINTESE DO ANTEBRAÇO	[1]
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES		
ALTA HOSPITALAR		
Total De Dias	3 Dias	[1]

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia & Traumatologia
CRM-CE 9329

24 ABR

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

ANTONIO PRUDENTE

Paciente: Helio de Angelis [illegible] Leito: 11 Atendimento:
Idade: 24 Sexo: ☑ Masculino ☐ Feminino Data: 30 / 01 / 18 Hóra:
Convênio: ☑ Hapvida ☐ Outros. Especificar:

SINALIZAÇÕES

1. Motivo de internação na Unidade Inal. de Colorido

2. Médico Assistente Dr. Bruno

3. Dispositivos em Uso
☐ Não ☑ Sim (especificar): ☐ Marcapasso ☐ TQT ☐ CVC ☐ SVD ☐ BIPAP ☑ Acesso Venoso Periférico ☐ SNE, SNG ou GTT ☐ Drenos ☐ Bomba de Infusão ☐ Ventilação Mecânica ☐ Cateter de Diálise ☐ Outros:

4. Integridade da Pele
☑ Integra
☐ Úlcera por Pressão (Especificar): Local: Grau: ☐ Curativo Local: Tipo:

5. Alergia
☑ Não
☐ Sim Medicamento:

6. Medicamento de risco em uso
☑ Não ☐ Sim (especificar): ☐ Anticoagulante ☐ Insulina ☐ Opióides (ex: morfina, fenatil, tramal, codeína) ☐ Sedativos (ex: benzoadiazepídeos)

7. Necessidade de isolamento
☑ Não
☐ Sim Tipo: ☐ Contato ☐ Respiratório

8. Pendência de autorização, parecer ou exame
☑ Não
☐ Sim Especificar:

9. Objetos do paciente
☑ Não
☐ Sim Especificar:

Responsável da unidade de origem (Assinatura e carimbo)
Data e Hora:
30/01/18 às 07:50 horas

Geraldo Kiambio G. Rocha
Enfermeiro
COREN: 258-178

Responsável da unidade de destino (Assinatura e carimbo)
Data e Hora

Miriam
869.330

Observações:

FORM 009 ASS ENF TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES. REV 01

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 2212068 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	023.944.793-02	Helio de Angelis Leal maciel

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Helio de Angelis leal maciel	CPF titular da conta		Profissão: recuso
Endereço: St Caraubas		Número: S/N	Complemento
Bairro: Zona Rural	Cidade: S. Gonçalo Amarante	Estado: Ce	CEP: 60000-00
Email			Telefone (DDD): (85)98774.9995

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☑ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☑ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 1469 D/V: (Informar dígito se existir) CONTA NRO.: 0305 D/V: 6 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir) CONTA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ctat Ce, 19 de 04 de 18
Local e Data

HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

RECEBIDO

24 APR 2019

ANTONIO PRUDENTE

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 07:42

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL **Leito:** 133410/1

Profissional(is): RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO ENFERMEIRO(A) COREN 427277 [illegible] **Nº:** 18780961 30/01/2018 **às** 03:27

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	30/01/2018	[1]
Cirurgia	FRATURA DE COTOVELO ESQ.	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Setor De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Autorização Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	[1]
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim.	[1]
Confirmação De Vaga Em Utí	Não.	[1]
Exames Complementares	Sim.	[1]
Exames Radiológicos	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.	[1]
Higienização	Sim.	[1]
Higienização		[1]
Se sim, especifique	AS 06h.	[1]

Germana Marinho Rolim
Enfermeira
COREN: 258.178

24 AGO 2018

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 07:4

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL **Leito:** 133410/1

Profissional(is): RAIMUNDO RESSOA DE ARAUJO ENFERMEIRO(A) COREN 427272 [redacted] **Nº:** 18782159 30/01/2018 **às** 06:53

PACIENTE		
Escolaridade	2º GRAU	
Profissão	DESEMPREGADO	
Estado Civil	SOLOTEIRO	
Origem Do Paciente	Emergência.	
Data De Admissão	30/01/2018	
PRÉ-OPERATÓRIO		
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	30/01/2018	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE COTOVELO ESQ	[1]
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]
Responsável Pelo Recebimento	ENF RAIMUNDO	[1]
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade	30/01/2018	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Não.	[1]
Internações Anteriores	NEGA	[1]
Motivo das Internações	NEGA	[1]
Cirurgias Anteriores	Não.	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
Reserva de Hemoderivados		[1]
Higienização	Sim	
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
Exames E Procedimentos	Sangue.	[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO		[1]
Intolerância Alimentar	Não.	
Conservado	Sim	[1]
SONO / REPOUSO		[1]
Concilia Sono e Repouso	Sim.	
COGNITIVO / PERCEPTIVO		[1]

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 08:5

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL **Leito:** 133410/1

Profissional(is): ALANE ALVES DE FREITAS TECNICO DE ENFERMAGEM COREN 258727 [1] [redacted] ALANE ALVES DE FREITAS COREN 258727 [2] RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO ENFERMEIRO(A) COREN 427277 [3] [redacted] **Nº:** 18782159 30/01/2018 **às** 06:53

PACIENTE	
Escolaridade	2º GRAU
Profissão	DESEMPREGADO
Estado Civil	SOLOTEIRO
Origem Do Paciente	Emergência.
Data De Admissão	30/01/2018
PRÉ-OPERATÓRIO	
Tipo De Cirurgia	Emergência.
Data Da Cirurgia	30/01/2018
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE COTOVELO ESQ
Pulseira De Identificação	MSD.
Responsável Pelo Recebimento	ENF RAIMUNDO
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade	30/01/2018
Avaliação Pré-Anestésica	Não.
Comorbidades	NEGA
Nome, dosagem, frequência	NEGA
Alergia- Descrição	NEGA
Tabagista	Não.
Etilista	Não.
Internações Anteriores	NEGA
Motivo das Internações	NEGA
Cirurgias Anteriores	Não.
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperat
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.
Reserva de Hemoderivados	Não.
Reserva de Hemoderivados	
Higienização	Sim
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim
Exames E Procedimentos	Sangue.
NUTRICIONAL / METABÓLICO	
Intolerância Alimentar	Não.
Conservado	Sim
SONO / REPOUSO	

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 08:

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL **Leito:** 133410/1

Concilia Sono e Repouso	Sim.
COGNITIVO / PERCEPTIVO	
Em Ouvir	Não.
Compreender	Não.
Memorizar	Não.
Falar	Não.
CONFORTO	
INTRA-OPERATÓRIO	
Responsável Pelo Recebimento	alane
Hora	08;05
Sala	02
Condições Da Pele ao Início da cirurgia	intregrar
Início Da Anestesia	08:05
Término Da Anestesia	09:05
Início Da Cirurgia	08:05
Instrumentador	marcia fialho
Circulante	alane
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.
Membro Ou Lado A Ser Operado	braco esquerdo
Quantidade De Compressas Utilizadas No Início	15 UD
Quantidade De Compressas Utilizadas No Término	15 UD
Medicações/hora	kefazol 2 gas 08:10
Clorexedine Alcoólico	Sim
SINAIS VITAIS	
T	36 °C
Pulso	89 bpm
PA	100 por 90
PÓS-OPERATÓRIO	

RECEBIDOS

24 ABR 2018

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 09:

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL **Leito:** 133410/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO MÉDICO CRM:9329 [1] [redacted] **Nº:** 18783335 30/01/2018 **às** 07:50

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO [redacted]

Evolução Do Paciente	Paciente internado para tratamento cirúrgico de fratura exposta do antebraço esquerdo. Procedimento realizado sem intercorrências, dentro do programado. Segue para observação e recuperação pós-operatória. CD: VPM [1]
CID 10	S52 FRAT DO ANTEBRACO [1]

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia & Traumatologia
CRM-CE 9329

ANTONIO PRUDENTE

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/01/2018 09:34

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO 3B **Leito:** 3013B/2

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA MÉDICO CRM 8260 [1]

Nº: 18824302 31/01/2018 **às** 09:35

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PÓS OP DE FRATURA DE ANTEBRAÇO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

[1]

Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621 **Profissionais.**

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Nº Documento:** 15786112 **Tipo:** Enfermagem 31/01/2018 **às** 10:49

Posto: POSTO 3B **Leito:** 3013B/2

		31/01																	01/02						
		07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00
SINAIS VITAIS	Frequência Cardíaca (bpm)																								

Procedimentos Realizados:

31/01/2018 10:49 PCTE DE ALTA HOSPITALAR

RAYANE FERREIRA CARVALHO COREN 906565

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO 3B

Dt. Nasc.: 13/04/1993
Nº Prescrição: 0015784972
Leito: 3013B/2

Atendimento: 48344102
31/01/2018 **às** 09:31
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 4057621

Emissão 31/01/2018 10:01:59

eservado para o SND

ENTEROFIX _____
Ass.

RP1531 MARIANA CIRIACO DE ARAUJO 31/01/2018 10:00 192.85.4.101

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL
Dt. Nasc.: 13/04/1993
Emissão 31/01/2018 10:01:59
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Nº Prescrição: 0015784972
Atendimento: 48344102
31/01/2018 **às** 09:31
Prontuário: 4057621
Posto: POSTO 3B
Leito: 3013B/2
Peso: 80.00 kg

ASTOS

Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.
IPIRONA							
ERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1						
IPIRONA 1 G AMPL 2 ML	1						
GUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	1						
.COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
GULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
JVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2						
.GODAO HIDROFILO - 500 GR	2						
ROFENID IV							
ORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 M	1						
.GODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
ROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1						
ERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
IVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
QUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
GULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
rativo Com Atadura E Gaze Acochoada Medi							
AZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2						
ADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2						
EFAZOLINA SODICA							
RINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1						
GULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
GUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	1						
COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
GODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
FAZOL 1 GR FRAP 1 UD	1						
VA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
/ Vol.Total: 500.00 Vlg:							
RO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 M	1						
UIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
RNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1						
MPA CONE LUER - 1 UD	1						

Diana Araújo Alcantara
Enfermeira
COREN-CE 380.928

RP1531 MARIANA CIRIACO DE ARAUJO 31/01/2018 10:00 192.85.4.101

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/01/2018 10:34

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO 3B **Leito:** 3013B/2

Profissional(is): DIANA KELLY OLIVEIRA ALCANTRA, ENFERMEIRO(A), COREN 460928 [1] **Nº:** 18827001 31/01/2018 **às** 10:34

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem MT [1]

PACIENTE, 24A, COM HD DE 1º PO DE FRATURA DE COTOVELO E PUNHO.
EVOLUI, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA SEM AUXILIO, AFEBRIL, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOCARDIO, NORMOCORADO. AVP FUNCIONANTE EM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, ACEITA DIETA OFERTADA POR VIA ORAL. ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES SEM ALTERAÇÕES. MS ESQUERDO IMIBILIZADO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico Sim [1]

Diana Kelly O. Alcantara
Enfermeira
COREN - CE 460.928

24 ABR 2018

fls: 60

ANTONIO PRUDENTE

BALANÇO HÍDRICO ☐ CARDÍACO ☐

Nº Leito: 3013 Data 30/09/18 Idade 24 Sexo F ( ) M (X) Atendimento

Nome Helen de Angelis Leal Maciel

HORA	GANHOS								PERDAS						BH	RESPONSÁVEL
	Oral	BIC Volume	SNE / SNG	MED EV	NPT	Sangue e Derivados		Outros	Diurese	Secreção Gástrica	Evacuações	Vômitos	Drenos	Outros	TOTAL	
						Volume	Legenda									
07:00hs																
08:00hs																
09:00hs																
10:00hs																
11:00hs																
12:00hs																
Sub-total															Parcial	
13:00hs																
14:00hs																
15:00hs																
16:00hs																
17:00hs	37															
18:00hs																
Sub-total															Parcial	
19:00hs																
20:00hs																
21:00hs																
22:00hs																
23:00hs																
24:00hs																
Sub-total															Parcial	
01:00hs																
02:00hs																
03:00hs																
04:00hs																
05:00hs																
06:00hs																
	TOTAL INGERIDO								TOTAL ELIMINADO						TOTAL	

LEGENDA - Concentrado de Hemácias (CH); Plaquetas (P); Plasma Fresco Concentrado (PFC).

Balanço Hídrico COD 74403

COREN - ENFERMEIRO

ANTONIO PRUDENTE

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

30/01/2018 10:18 AM
rp1532_02

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Nº Prescrição:** 15774592 30/01/2018 **às** 10:16
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES **Leito:** 220/2
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA
Profissionais: MARTA MARIA ALVES (COREN 481199) [redacted]

1 - INSPECIONAR/REGISTRANDO	
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	**Mantido**
DATA DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	**Mantido**
2 - RENOVAR/IDENTIFICANDO	
TROCA DE CURATIVOS ATENTANDO PARA AS	**Mantido**
4 - SUPERVISIONAR	
DATA DE CURATIVOS	**Mantido**

Marta Maria Alves
COREN-CE 350020 - TNI

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

24 ABR 2019

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 10:39

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** RPA - RECUPERACAO POS ANESTE **Leito:** 220/2

Profissional(is): MARTA MARIA ALVES, ENFERMEIRO(A), COREN 481199 [1] **Nº:** 18789452 30/01/2018 **às** 10:14

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Intercorrências

paciente vindo do cc apos poi de fratura de punho esquerdo,sob anestesia bloqueio+sedacao,evolui consciente,orientado,eupneico em aa sat02:99%,normocardico,nivel pressorico estavel,venoclise em msd pervio.————enfermeira:marta maria 350020 [1]

Marta Maria Alves
COREN-CE 350020 - ENF

7 4 APR 2019

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 15:45

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO 3B **Leito:** 3013B/2

Profissional(is): PRISCILA ARAUJO TEIXEIRA MELO, ENFERMEIRO(A), COREN 499165 [1] **Nº:** 18802637 30/01/2018 **às** 15:44

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	PLANTÃO MT PACIENTE, H.A.L.M., 24 ANOS, SEXO MASCULINO, HD: POI DE FRATURA DE COTOVELO + PUNHO. ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE. MANTEM AVP. EM USO DE KEFAZOL D1 SSVV ESTAVEIS EM DIETA GERAL DIURESE ESPONTÂNEA SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico	Sim	[1]

Priscila Melo
Enfermeira
COREN-CE: 499.165

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/02/2018 08:34

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48500446 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(ls): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1] **Nº:** 19024378 06/02/2018 **às** 08:34

ANAMNESE		
Queixa Principal	07 dias de pos opd e fraturua de antebraço esq	[1]
Queixa Principal		
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]

24 ABR 2018

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA:74209361372, às 09:25BRT de 06/02/2018

ANTÔNIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento 48500446

!SU'Q" IS.62

:STE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

21/03/2018 13:14:33

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
4057621	HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	M	13/04/1993	24

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
92015032037 SSP CE	77059093320		1-CASADO

Endereço

R 218,319 - CONJUNTO CEARA, FORTALEZA(CE) CEP 60530380

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
34712178	

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
00100688849010042	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/02/2018	08:08		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente	Clinica
66975344 SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

REGISTRADO

24 ABR 2018

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

[redacted]TONIO
DENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
48419436

!SLÇG"

fl. 66

ESTE PRONTUA[redacted]E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

21/03/2018 13:11:47

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
4057621	HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	M	13/04/1993	24

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
92015032037 SSP CE	77059093320		1-CASADO

Endereço
R 218,319 - CONJUNTO CEARA, FORTALEZA(CE) CEP 60530380

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
34712178	

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
00100688849010042	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
01/02/2018	20:41		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
2128470 ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA	4-CIRURGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

RECEBIDO

7 4 ABR 2018

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:10

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48418733 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/1

Profissional(is): MARCOS DIAS COSTA XEREZ CRM 11273 [1] **Nº:** 18885697 01/02/2018 **às** 21:16

ANAMNESE

Queixa Principal	PCTE MELÇHOR DAD DORES E DORMENCIA CD:LIBERADO	[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

24 ABR 2019

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:09

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48418733 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/1

Profissional(is): MARCOS DIAS COSTA XEREZ CRM 11273 [1] **Nº:** 18883438 01/02/2018 **às** 19:56

ANAMNESE

Queixa Principal	FEZ CIRURGIA DO PUNHO ESQUERDO HA3 DIAS CD: ELEVÇAO DO MEMBRO E MEDICAMENTOS	[1]
Queixa Principal		
CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]
CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RECEBIDO

24 APR 2019

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 [illegible]:45

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO 3B **Leito:** 3013B/2

Profissional(is): PRISCILA ARAUJO TEIXEIRA MELO, ENFERMEIRO(A), COREN 499165 [1] **Nº:** 18802637 30/01/2018 **às** 15:44

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT [1]

PACIENTE, H.A.L.M., 24 ANOS, SEXO MASCULINO,
HD: POI DE FRATURA DE COTOVELO + PUNHO.
ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE.
MANTEM AVP. EM USO DE KEFAZOL D1
SSVV ESTAVEIS
EM DIETA GERAL
DIURESE ESPONTÂNEA
SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico Sim [1]

Priscila Melo
Enfermeira
COREN-CE: 499.165

ANTONIO PRUDENTE

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

30/01/2018 03:47 PM
rp1532_02

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	**Dt. Nasc.:** 13/04/1993	**Atendimento:** 48344102	**Prontuário:** 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	**Nº Prescrição:** 15774592	30/01/2018 **às** 10:16	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	**Leito:** 220/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			

ANTONIO PRUDENTE

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

31/01/2018 06:20 AM
rp1532_02

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Nº Prescrição:** 15774592 30/01/2018 **às** 10:16
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES **Leito:** 220/2

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

Profissionais: MARTA MARIA ALVES (COREN 481199) [redacted]

1 - INSPECIONAR/REGISTRANDO	
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	**Mantido**
DATA DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	**Mantido**
2 - RENOVAR/IDENTIFICANDO	
TROCA DE CURATIVOS ATENTANDO PARA A:	**Mantido**
4 - SUPERVISIONAR	
DATA DE CURATIVOS	**Mantido**

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

30/01/2018 21:30	PACIENTE EVOLUI CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA E DEMBULA. PCT. COM AVP PERVIO EM MSD. PACT. SEM QUEIXAS E EM REPOUSO NO LEITO. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	FRANCISCA CAMILA
30/01/2018 20:00	ADM ÀS 20H: TRAMAL EV CPM. 22:00: ADM ÀS 22H: PLAMET EV CPM.	FRANCISCA CAMILA
31/01/2018 00:00	ADM ÀS 00H: DIPIRONA EV CPM. 02:00: ADM ÀS 02H: CEFAZOLINA EV, PROFENID EV, TRAMAL EV CPM. 06:00: ADM ÀS 06H: DIPIRONA EV, PLAMET EV CPM.	FRANCISCA CAMILA

24 ABR

fls. 72

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Pagina 1 de 1

Emissão: 30/01/201807:48:24

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL Dt. Nasc.: 13/04/1993 Atendimento: 48344102 Prontuário: 4057621
Convenio: HAPVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 15772477 30/01/2018 às 07:46
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA Leito: 133410/1 Peso: 80.00 kg

1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			3/3h	ORAL		
2.Hidratação Venosa de Única SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	Vol. Total: 500 ml 500 ml			7.00 gts/min	Acesso Periférico
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1) Agua Destilada	1 g	1 FRAP(C/1GR) 10 ml	8/8h	EV		
4.PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	1 FRAP(C/100MG) 100 ml	8/8h	EV		
5.DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG 18 ml	6/6h	EV		
6.TRAMAL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG 100 ml	6/6h	EV		
7.PLAMET (5.00mg/ml) Agua Destilada	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG 18 ml	8/8h	EV		

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia & Traumatologia
CRM-CE 9329

Priscila Araújo
Enfermeira
COREN-CE: 499.165

24 ABR 2019

RP1541 BRUNO DE BRITO BOTELHO 30/01/2018 07:48 10.1.32.202

ANTONIO PRUDENTE

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 08:5

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL **Leito:** 133410/1

Profissional(is): ALANE ALVES DE FREITAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 2587274 [1]
RAIMUNDO RESSOA DE ARAUJO, ENFERMEIRO(A), COREN 427277 [2]

Nº: 18780961 30/01/2018 **às** 03:27

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	30/01/2018	[2]
Cirurgia	FRATURA DE COTOVELO ESQ.	[2]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Setor De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA	[2]
Identidade Do Paciente	Sim.	[2]
Autorização Do Paciente	Sim.	[2]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	[2]
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim.	[2]
Confirmação De Vaga Em Utl	Não.	[2]
Exames Complementares	Sim.	[2]
Exames Radiológicos	Sim.	[2]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	Sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	Sim.	[2]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	[2]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.	[2]
Higienização	Sim.	[2]
Higienização		[2]
Se sim, especifique	AS 06h.	[2]
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
Confirmar Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Membros da Equipe Cirúrgica	Sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Não se aplica.	[1]
Paciente Certo	Sim.	[1]
Sitio Cirúrgico Identificado	Sim.	[1]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	Sim.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim.	[1]
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	Sim.	[1]
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	Sim.	[1]

24 ABR 2019

ANTONIO PRUDENTE

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 08:5

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL **Dt. Nasc.:** 13/04/1993 **Atendimento:** 48344102 **Prontuário:** 4057621

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL **Leito:** 133410/1

Esterilização Do Material Confirmada E Validada	Sim.	[1]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Orientação De Posicionamento De Membros	Sim.	[1]
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	Sim.	[1]
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	Sim.	[1]
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	Sim.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	Sim.	[1]
Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	Sim.	[1]
Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas	Não.	[1]

2 4 ABR 2019

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 48418733 !SLzD"

:STE FRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

21/03/2018 13:11:11

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
4057621	HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	M	13/04/1993	24

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
92015032037 SSP CE	77059093320		1-CASADO

Endereço
R 218,319 - CONJUNTO CEARA, FORTALEZA(CE) CEP 60530380

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
34712178	

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
00100688849010042	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
01/02/2018	19:32		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente	Clinica
1959310 MARCOS DIAS COSTA XEREZ	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

RECEBIDO

24 APR 2019

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE