



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo: 01621199620198060001
Classe do Processo: Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora: 13/07/2022 13:04:36

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2652354_JUNTADA_DE_DO CS_03 - 1-3.pdf
Documentação: 2652354_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 1-32.pdf
Documentação: 2652354_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 33-50.pdf
Documentação: 2652354_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 51-61.pdf
Documentação: 2652354_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 62-74.pdf
Documentação: 2652354_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 75-79.pdf
Documentação: 2652354_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 80-84.pdf
Documentação: 2652354_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 85-89.pdf
Documentação: 2652354_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 90-93.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Processo: 01621199620198060001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO AMARO BRAGA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Oportunamente, vem a Ré ressaltar que o protocolo de entrega ocorreu em 19/02/2019.

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

E o pagamento foi realizado em menos de 30 dias, a saber, 18/03/2019.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO AMARO BRAGA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01469
CONTA: 000000013064-3

Nr. da Autenticação A6928DC3B1EDE110

USO REGULAR DO PODER ESTATAL

DO SISTEMA DE FREIO E CONTRAPESOS

Assinale-se, aliás, que a fixação de valores em reais para as indenizações do Seguro DPVAT foi uma opção legislativa, que, no uso regular das competências dos Poderes Executivo e Legislativo, julgou conveniente promover alterações no modelo anterior, no qual os valores das indenizações eram calculados em múltiplos do salário mínimo.

Da sistemática estabelecida pela Lei nº 6.194/74, com redação dada pela Lei 11.482/07, depreende-se que a fixação de valores em moeda corrente, em substituição aos múltiplos do salário mínimo, é, na realidade, uma opção legislativa em harmonia com o processo de desindexação pelo qual passou a economia brasileira na década de 90.

Com efeito, o e. Plenário do Supremo Tribunal Federal, ao decidir questão correlata, entendeu que “não cabe ao Poder Judiciário autorizar a correção monetária da tabela progressiva do imposto de renda prevista na Lei 9.250/1995 ante a ausência de previsão legal que o autorize”. (RE 388312, Tribunal Pleno, Rel. p/ acórdão: Min. CARMEN LÚCIA, j. 01.08.11, DJ 11.10.11)[\[3\]](#).

Diante do exposto, mostra-se manifesta a impossibilidade de aplicação da correção monetária em hipótese não prevista em lei, o que, em última análise, importa em injustificada limitação ao juízo de oportunidade e conveniência dos órgãos executivos e legislativos na adoção de medidas necessárias à estabilização da economia e às políticas públicas.

Por ter requerido a incidência de cálculo de atualização monetária do valor fixado em reais pelo art. 3º, II, da Lei nº 6.194/74, é flagrante a violação do pedido autoral a esse dispositivo, mormente pelo fato da Lei nº 11.482/07 ter desvinculado o pagamento da indenização de um índice atualização automático (salário mínimo), em conformidade com a política de desindexação de toda a economia.

DA VIOLAÇÃO AO ART. 3º, II, DA LEI Nº 6.194/1974

O art. 3º, II, Lei nº 6.194/74, com redação dada pela MP 340/06, convertida na Lei 11.482/07, não prevê indexação a um fator de correção monetária aos valores das indenizações do Seguro Obrigatório DPVAT.

Destaca-se que a fixação de tais valores para as indenizações do Seguro DPVAT foi uma opção legislativa, que, no uso regular das competências dos Poderes Executivo e Legislativo, julgou conveniente promover alterações no modelo anterior, no qual os valores das indenizações eram calculados em múltiplos do salário mínimo, não cabendo ao Poder Judiciário dispor de maneira diversa, sob pena de violar a competência do poder Legislativo.

Aliás, a lei é expressa ao determinar que a única hipótese de pagamento de correção monetária se dá com o “não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária” (art. 5º, §7º, da Lei nº 6.494/1974, com redação dada pela Lei nº 11.482/2007).

Com efeito, o comando inserido no art. 5º, §1º, da Lei 6.194/74, estabelece que as indenizações do Seguro DPVAT deverão ser pagas no prazo de “30 dias da entrega dos [...] documentos” elencados na lei. Diante disso, determina o §7º do referido dispositivo legal que apenas “na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária” os valores correspondentes às indenizações do Seguro DPVAT “sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido”.

Em outras palavras, no caso do Seguro DPVAT, a Lei nº 6.194/74, com redação dada pela Lei nº 11.482/07, determina, no art. 3º, que a incidência de correção monetária dependerá exclusivamente de atraso imputável à seguradora que descumprir o prazo de 30 dias para o pagamento administrativo da indenização, nos termos do art. 5º, §7º. Assim, tendo a autora pleiteado a indenização pela via administrativa e assim recebido no prazo previsto o valor pleiteado não há que se falar em atraso no pagamento.

Portanto, não se vislumbra, no caso, a única hipótese de incidência de correção monetária do valor estabelecido na Lei nº 6.194/74, razão pela qual deve ser declarada improcedente o pleito autoral nesse ponto, por violação ao art. 3º, II, e ao art. 5º, §7º, ambos da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, com redação dada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007.

Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que seja observada a data do ajuizamento da ação para a incidência da correção monetária, nos exatos termos da Lei 6.899/91.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 12 de julho de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO AMARO BRAGA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 000000013064-3

Nr. da Autenticação A6928DC3B1EDE110

Data do Acidente: 07/11/2018

Tipo de Tratamento:

Clinico

Cirúrgico

Data da internação: 19/11/2018

Nome da vítima do acidente:

JOÃO AMARO BRAGA

Nome do Hospital: ANTONIO PRUDENTE

Data da alta hospitalar: 20/11/2018

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

Não

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

GESSO DE LUXA SÓS DO COLO DO BRAÇO. COM RECONSTRUÇÃO DAS LIGAMENTOS. TRATAMENTO CIRURGICO

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

Sim

Data da definição da(s) sequela(s)

11/02/2019

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

INCAPACIDADE FUNCIONAL
DO COLO DO BRAÇO

Grau da definição da(s) sequela(s)

50%

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

19 FEV. 2019

ALTA DEFINITIVA EM
11/02/2019.

Nome do médico responsável:

JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA

Assinatura e carimbo do médico:

Local: PORTALEIRA - CE

Firma reconhecida do médico:

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

Data: 11/02/2019.



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
54772264



09/01/2019 12:33:33

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG 98012032329 SSPDC CE	CPF 961081341	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	

Endereço

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

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE CI/ PRONTUARIO

LEANDRO Z1082
Assinatura

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAISAtendimento
55013423

IZSE:"

19/11/2018 11:52:33

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

ontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
G	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
3012032329 SSPDC CE	961081341			2-SOLTEIRO
Endereço				
CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA-CE CEP:60540282				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
997002032		MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO		

DADOS DO ATENDIMENTO

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

10/11/18 2018

DADOS DO CONVENIO *passado para Danielle*

Convenio	Plano	SIND. EMPRESAS TRANSP. PASSAGENS EST. CE
2-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
17700CCJ192005018		

SL: 16:00

DADOS DA INTERNAÇÃO

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

ALERGIA

NEGA

19/11/18

ÓX

12:45m

RISCO QUEDA

NAO

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



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
54858047



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

09/01/2019 12:34:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98012032329 SSPDC CE	961081341		2-SOLTEIRO	

Endereço

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

Telefone Residencial Telefone Trabalho
997002032

DADOS DO CONVENIO

Convenio

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

Carteira	Validade
----------	----------

57700000192005018

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:26

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

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:26

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



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
55001213



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

09/01/2019 12:34:17

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98012032329 SSPDC CE	961081341		2-SOLTEIRO	

Endereço

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

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
	997002032

DADOS DO CONVENIO

Convenio

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

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800- RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:27

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55001213	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/3	
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1]	Nº: 30402340	19/11/2018	às 07:41

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT COM LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO CD: SOLICITO RX	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR ARTICULAR	[1]
CID10	M259 TRANST ARTICULAR NE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

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

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:27

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

IDENTIFICAÇÃO

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

HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA

SINAIS VITais

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

OUTROS DADOS E SINAIS

COMORBIDADES

DIAGNÓSTICO

CID Principal	S531 LUXACAO DO COTOVELO NE	[1]
---------------	-----------------------------	-----

PARECER DO ESPECIALISTA

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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



**ANTONIO
PRUDENTE**

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
55234876



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

09/01/2019 12:34:36

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

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

Endereço

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

Telefone Residencial **Telefone Trabalho**
997002032

DADOS DO CONVENIO

Convenio

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

Carteira Validade

57700000192005018

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:27

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

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:28

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

ANAMNESE

Queixa Principal	LUXACAO / INSTABILIDADE DE COTOVELO ESQUERDO REALIZADO OLECRANIZAÇÃO COM FIO DE K 3,0 MM	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S531 LUXACAO DO COTOVELO NE	[1]
	99	[1]

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:28

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55234876

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

Leito: 133224/1

Profissional(is):

Nº: 30820788 29/11/2018 às 09:53

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

55700572

09/01/2019 12:34:53

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
98012032329 SSPDC CE	961081341			2-SOLTEIRO

Endereço

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

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

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMBI

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

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
-------	------------	-------

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

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55700572

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1] N°: 31661656 20/12/2018 às 15:27

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

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

[1]

CID 10

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

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55700572	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA	Leito: S-10/1
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1]	Nº: 31661705 20/12/2018 às 15:28		

DIAGNÓSTICO

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

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	20/12/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	15:30	[1]
Cirurgia	RETIRADA	[1]
Cirurgião	THIAGO	[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA LOCO REGIONAL ASSEPSIA E ANTISSEPSIA APOSICÃO DE CAMPOS FASCIOTOMIA RETIRADA DE FIOS MANIPULAÇÃO CURATIVO	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30710022 RETIRADA 30730074 FASCIOTOMIA 30713064 MANIPULAÇÃO	[1]

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

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

DIAGNÓSTICOS

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

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55700572 Prontuário: 16533875
Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: S-10/1

SINAIS VITAIS

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

OUTROS DADOS E SINAIS

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

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

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

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

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

Incisão Cirúrgica

BRAÇO E

[1]

PÓS-OPERATÓRIO

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55700572	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA	Leito: S-10/1	
Profissional(is): ANA PATRICIA BRAGA BERNARDO FREITAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1289618 [1]	Nº: 31662652	20/12/2018	às 15:51

PACIENTE

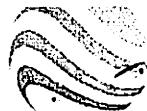
Data De Admissão	20/12/2018	[1]
------------------	------------	-----

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	ELETIVA.	[1]
Data Da Cirurgia	20/12/2018	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	RETIRADA DE FIO DE K	[1]
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição		[1]

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	TATIANE	[1]
Hora	15:10	[1]
Sala	02	[1]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	COM CURATIVO	[1]
Início Da Anestesia	15:15	[1]
Término Da Anestesia	15:30	[1]
Início Da Cirurgia	15:18	[1]
Término Da Cirurgia	15:28	[1]
Circulante	PATRICIA E TATIANE	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	BRAÇO E	[1]
Numero Inicial De Compressas	0 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	0 UD	[1]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Álcool	Sim	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	COM CURATIVO SIMPLES	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		[1]
Horário De Saída Da S.O	15:35	[1]



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
55801763



09/01/2019 12:35:07

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
98012032329 SSPDC CE	961081341			2-SOLTEIRO

Endereço

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

Telefone Residencial Telefone Trabalho
997002032

DADOS DO CONVENIO

Convenio

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

Carteira Validade

57700000192005018

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
27/12/2018	08:42		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO			6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:30

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

ANAMNESE

Queixa Principal	REVIAO DE LUXACAO DE COTOVELO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR ARTICULAR	[1]
CID10	M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
---	-----	-----

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:30

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

ANAMNESE

Queixa Principal

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

[1]



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
55916563



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

09/01/2019 12:35:21

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98012032329 SSPDC CE	961081341		2-SOLTEIRO	

Endereço

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

Telefone Residencial Telefone Trabalho

997002032

DADOS DO CONVENIO

Convenio

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

Carteira	Validade
----------	----------

57700000192005018

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800- RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
03/01/2019	08:45		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:31

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

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:31

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55916563

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1]

Nº: 32148025 03/01/2019 às 10:02

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

FICHA DE ANESTESIA

**ANTONIO
PRUDENTE**

Nome: José Amaro Beago

Data: _____ / _____ / _____

Idade: _____ Peso: _____

Sexo: F (X) M ()

Prontuário: _____ **Convênio:** _____

Diagnóstico:

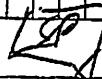
Cirurgia: Featur

Cirurgião: Dr. André Anestesia: _____
Assistente: _____

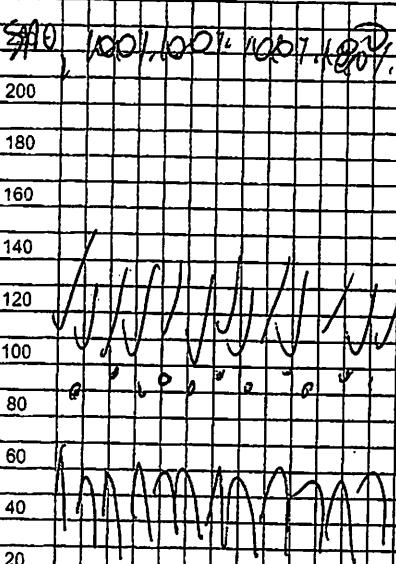
Chargé d'affaires: _____ ASA: _____

Convênio: **ta mds**

LÍQUIDOS



CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂	99/99/99/99/99/			
ETC O ₂				
P/C				



DROGAS		EVENTO
X-1	oxitocina 50mg IV.	A
2	+ oxametazol + PAJ +	B
3		C
4	O2 100% 5L/min	D
5		E
6		F
7	4) fentanil 50mcg IV.	G
8		H
9	3) fentanyl 100 mcg IV.	I
10		
	18	

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	J
					Entubação: Oro Naso Sonda:
					Respiração: Espont. Assist. Mecân.
					Absorvedor de: Sem Com
					Posição: Local da Punção: Aiguila: Técnica:
					Início: Final: Duração:
Condição final op:					

Condicão final op:

Intercorrências var. op.

Ass. Anestesista I CRM

FICHA DE ANESTESIA REF.: 74411

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 17:31

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6	
Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO, MÉDICO, CRM 11538 [1]		Nº: 30432945	19/11/2018 às 17:24
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Cirúrgico S52 [1]			
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	19/11/2018	[1]	
Hora Da Cirurgia	17:24	[1]	
Cirurgia	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO DE COTOVELO ESQUERDO	[1]	
Cirurgião	ANDRE ALCANTARA	[1]	
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL E SEDACAO 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA 3. OBSERVADO GRAVE INSTABILIDADE EM VALGO (TESTE DE PIVO) DE COTOVELO ESQUERDO 4. REALIZADO REDUCAO INCRUENTA E FIXACAO (OLECRANIZAÇÃO) COM 2 FIOS 5. CURATIVO 6. TALA AXIOPALMAR		
Códigos Dos Procedimentos	30719100 - FRATURA LUXACAO - TRATAMENTO CIRURGICO [1]		

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE	
Paciente: JOAO AMARO BRAGA	
Dt. Nasc.: 13/01/1985	
Avenida: 55013423	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	
Leito: 133410/6	
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	
Profissional(is): JACQUELINE BARBOSA BERERIA, ENFERMEIRO(A) CORREN852463 (M) Nº: 30430731	
Data Da Cirurgia 19/11/2018	
Hora Da Cirurgia 16:20	
Cirurgia FRATURA E LUXAGÃO	
Equipe Cirúrgica DR. ANDRE	
Confirma Idenitidade Do Paciente SIM.	
Pronutárito Ativo SIM.	
Opme Checado SIM.	
Checagem Completa Dos Equipamentos SIM.	
Alergias Do Paciente São Conhecidass Nao se Aplica.	
Checagem Completa Das Medicagens Anestésicas SIM.	
Se Risco De Perda Sangüinea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Crangas)	
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Nao se Aplica.	
Via Aérea Difíciil / Risco De Aspiração Nao.	
Confirmação De Vaga Em Ut Nao se Aplica.	
Membros da Equipe Cirúrgica SIM.	
Lateralidade Do Procedimento Esquerda.	
Paciente Certo SIM.	
Sítio Cirúrgico Identificado SIM.	
Antecipação De Eventos Críticos	
Ha Material/Instrumento Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado SIM.	
Checagem Completa Dos Equipamentos SIM.	
Antibiotiocoeflaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos Nao se Aplica.	
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada SIM.	
Funcionamento de equipamento ao procedimento em sala e SIM.	
Esterilização Do Material Confirmada E Validada SIM.	
AO TERMINO DO PROCEDIMENTO	
Oferecendo Posicionamento De Membros SIM.	
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento SIM.	
Realizou Da Contagem E Confirmação De Materiais, Instrumentais, Compressas E/OU Agulhas De Sutura SIM.	
Identificando E Acondicionamento Correto Do Material A Nao se Aplica.	
Anatomia Patológica	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 16:44

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6	
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	Sim.		[1]
Mantener Cabecelra Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	Sim.		[1]
Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas	Não se aplica.		[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Pagina 1 de 1

Emissão

19/11/2018 17:22

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19241684	Prontuário: 16533875
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 13341065 1014.1	Peso: 85.00 kg
1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-11538
2.Hidratação Venosa Fase Única SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83	Vol. Total: 500 ml ml/Kcal/dia 500 ml	7.00 gts/min
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1) Aqua Destilada	1g 10 ml	Acesso Periférico
4.PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg 100 ml	18:00 RPA
5.DIPIRONA (500.00mg/ml) Aqua Destilada	1000 mg 18 ml	6/6h EV 00
6.TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9% Alta vigilância	100 mg 100 ml	8/8h EV SN 18:10 RPA
7.PLAMET (5.00mg/ml) Aqua Destilada	10 mg 18 ml	8/8h EV 00
8.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	SN	CRM-11538
9.CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA	SN	CRM-11538
10.PUNCAO C/ JELCO	SN	CRM-11538
11.SINAIS VITAIS	SN	CRM-11538
12.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS	SN	CRM-11538
13.RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN	CRM-11538
14.CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO/	SN	CRM-11538
15.COMPRESSÃO COM ÉTER	SN	CRM-11538
Profissionais CRM-11538	ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO	CRM-11538

Dr. Andre
Ortopedico Traumatologista
Gurgua do Quadril TECT 1403
CRM 11538 RC/EP

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Emissão: 19/11/2018 22:47

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0019241684	19/11/2018 às 17:21	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6- 10/7/1	Peso: 85.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL				
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	22:00	;	
SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83	ml/Kcal/dia	500 ml				
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	1g	1 FRAP (C/1GR) 10 ml	8/8h	EV	20/11-00:00	;
4. PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100mg	1 FRAP (C/100MG) 100 ml	8/8h	EV	20/11-02:00	;
5. DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG) 18 ml	6/6h	EV	20/11-00:00 ; 20/11-06:00	;
6. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MG) 100 ml	8/8h	EV	SN	
Alta vigilância						
7. PLAMET (5.00mg/ml) Agua Destilada	10 mg	2ML (AMPL C/10MG) 18 ml	8/8h	EV	20/11-00:00	;
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO		SN				
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA						
10. PUNCAO C/ JELCO		SN				
11. SINAI'S VITais						
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC		SN				
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						
15.						

Dra. Danielle Albuquerque
(Medicina) 2018
CRF-SP 22.329

Risco: Infecção

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Pagina 2 de 3

Emissão: 19/11/2018 22:47

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

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 19/11/2018 22:47

Página 3 de 3

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

Dt. Nasc.: 13/01/1985 **Atendimento:** 55013423 **Prontuário:** 16533875
Nº Prescrição: 0019241684 **19/11/2018 às 17:21**
Leito: 133410/6 **Peso:** 85,00 kg

GASTOS

	Descrição	Qtd.		Descrição	Qtd.		Descrição	Qtd.
PLAMET								
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2		TAMPA CONE LUER - 1 UD		1			
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5							
AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	1							
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2							
PLAMET 10MG AMPL 2 ML	1							
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1							
DIPIRONA								
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4							
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10							
AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	2							
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4							
DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2							
PROFENID IV								
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 X 1								
SÉRINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3							
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10							
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1							
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4							
PROFENID 100MG IV FRAP-1UD	1							
CEFAZOLINA SODICA								
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3							
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1							
AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	1							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10							
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4							
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1							
KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	1							
HV Vol.Total: 500,00 Vig.								
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 X 1								
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1							
TORMEIRA 03 VIAS - 1 UD	1							

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
19/11/2018 12:53 PM
op1532_02

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

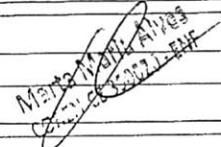
PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN:308612 ENF 

PREScriÇÃO DE ENFERMAGEM

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

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



Marta Maria Alves
19/11/2018
ENF

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/11/2018 12:53
rp1532_sae

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

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXtenso OU PROLONGADO

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

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
19/11/2018 18:36
pp1512_500

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

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: DOR

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:

4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

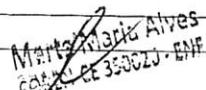
Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: EFEITOS COLATERAIS

EVITAR SANGRAMENTO Mantido:


Marta Maria Alves
COT 133410/6 - 350020 - ENF

ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

Paciente: JOAO AMARO BRAGA
 Convertido: HAPVIDA MATRIZ
 Profissionais: ADRIANA EUFRASIO DAS CHAGAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1267812 [1] II

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR
 Dt. Nasc.: 21/02/1974
 Pronunciado: 16533875
 Nº Documento: 19243594

Leito: 1334106
 Tipo: Enfermagem
 Atendimento: 55013423

SINAIS VITAIS	19/11																								
	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	
Frequência Respiratória (impr)																			18	16					
Frequência Cardíaca (bpm)																			85	91					
Temperatura (°C)																			37,3	37,3					
Sat O2 (%)																			97	97					
Pa Sistólica (mmHg)																			154	158					
Pa Diastólica (mmHg)																			84	81					
Pulso (bpm)																			85	88					

Johnsons

unem 1267812

PRESCRIÇÃO MÉDICA

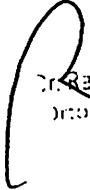
Pagina 1 de 1

Emissão

20/11/2018 07:38

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19246625	Prontuário: 16533875	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1017/1	Peso: 85.00 kg	
1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-8260	
2.Hidratação Venosa Fase Única SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83	Vol. Total: 500 ml ml/Kcal/dia 500 ml	7.00 gts/min Acesso Periférico	CRM-8260
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1) Aqua Destilada	1g 1 FRAP (C/1GR) 10 ml	8/8h EV	CRM-8260
4.PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100mg 100 ml	1 FRAP (C/100MG) 8/8h EV	CRM-8260
5.DIPIRONA (500.00mg/ml) Aqua Destilada	1000mg 18 ml	2ML (AMPL C/500MC 6/6h EV	CRM-8260
6.TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9% Alta vigilância	100mg 100 ml	2ML (AMPL C/100MC 8/8h EV SN	CRM-8260
7.PLAMET'(5.00mg/ml) Aqua Destilada	10mg 18 ml	2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV	CRM-8260
8.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	SN		CRM-8260
9.CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA			CRM-8260
10.PUNCAO C/ JELCO	SN		CRM-8260
11.SINAIS VITais			CRM-8260
12.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS			CRM-8260
13.RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN		CRM-8260
14.CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO/			CRM-8260
15.COMPRESSÃO COM ÉTER	SN		CRM-8260
16. Alta em: 20/11/2018 Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO		

Profissionais CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA



Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	DL Nasc.: 1301/1985	Atendimento: 55013423	Pronutrião: 16533875		
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19246069				
Posto: POSTO 1B	Lote: 10171	Avaliagão: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissional: DANIELLE DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE (COREN: 52099)					
1 - INSPECIONAR REGISTRANDO					
Sinais Vitais- Freqüência Respiratória	Mantida	Tarde	Noite		
Sinais Vitais- Temperatura	Mantida	Tarde	Noite		
Sinais Vitais - Freqüência Cardíaca	Mantida	Tarde	Noite		
2 - MANTER					
ACESSO VENOSO PÉRMO E IDENTIFICADO	Mantido				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
20/11/2018 06:12
nº 12

Paciente: JOÃO AMARO BRAGA	Dt Nasc.: 13/07/1995	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 10246055	20/11/2018 às 06:11	
Posto: POSTO 1B	Lefto: 10171	Enfermeiro(a): JANELLE DE OLIVEIRA ALBUQUER	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LETTO PRE-OPERAÇÃO

Relacionado a: TRATAMENTO

ADOR

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mancha Tardio Noite

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

20/11/2018 07:47

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1B	Leito: 1017/1	
Profissional(is): VANESSA VIANA MONTEIRO ENFERMEIRO(A) COREN 454354 [1]	Nº: 30450865	20/11/2018	às 07:19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

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

[1]

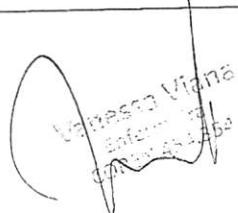
GERENCIAMENTO DE RISCO
 INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



FÓRMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 18:39

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6	
Profissional(is): MARTA MARIA ALVES, ENFERMEIRO(A), COREN 481199 [1]		Nº: 30436445	19/11/2018 às 18:37

OBSERVAÇÕES//INTERCORRENCIAS

Intercorrelências

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

[1]



Marta Maria Alves
Coren 481199 - ENF

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 17:20

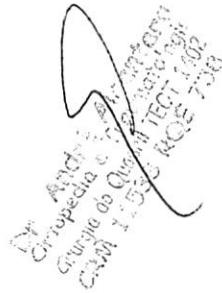
Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6	
Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO, MÉDICO, CRM 11538 [1]	Nº: 30432694	19/11/2018	às 17:19

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

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

[1]



FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

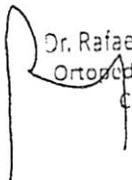
20/11/2018 07:38

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

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1] N°: 30451397 20/11/2018 às 07:37

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	1 PÓS OP DE LUXAÇÃO DE COTOVELO EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS ALTA HOSPITALAR	[1]
----------------------	--	-----



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



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver atendente)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nasc.

Médico:

CRM:

Jean Amaro Braga

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico _____ ou a seguinte alternativa anestésica _____

Declaro ainda que:

- 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 anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- 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 anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também, das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

19 de maio de 20 18

Hora: 11:48

Nome legível:

Jean Amaro Braga

Assinatura: J. A. Braga

Grau de parentesco do responsável:

Paciente

CPF: 2009.610.843-41

TESTEMUNHA

Nome legível:

Assinatura:

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto



Faz bem pra você

Preencher quando não houver etiqueta.

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

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

CIRURGIA / PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório

Tolerância ao exercício Negativo
 Hipertensão
 Angina
 Coronaropatia
 Infarto do miocárdio
 Insuf. Cardíaca
 Outras _____

Câncer Negativo
 Quimioterapia
 Outras _____ Radioterapia

Respiratório

Dependência O₂
 Apnéia do sono
 DIVAS recente
 Expectoração
 Outras _____

Infeccioso Negativo
 HIV
 Outras _____

Gastrointestinal/hepático

Ref. Gastro-esofágico
 Úlcera péptica
 Vômito/ diarréia
 Hérnia de hiato
 Obst. Intestinal
 Outras _____

Gravidez Negativo
 Idade gestacional _____ semanas

Neuroológico

Convulsões
 Dormência/ fraqueza
 Lesão medular
 Outras _____

Crianças abaixo de 1 ano Negativo
Condições de Nascimento

Renal

Doença renal crônica
 Insuficiência renal
 Outras _____

Idade gestacional _____ semanas
 Internação Alta com a mãe
 Termo
 Pré-termo:
 Idade gestacional _____ semanas
 Idade pós-conceptual _____ semanas
 (Idade gest.+Idade atual)

Hematológico

Transfusão prévia
 Plaquetopenia
 Outras _____

Hábitos Sociais Negativo
 Tabaco _____ Cigarros/dia
 Álcool _____ Drogas _____
 Outras _____

Músculo esquelético

Dor lombar
 Musculodistrofia
 Outras _____

Alergias Negativo

Tipo/Agente	Reação

Endócrino

Diabetes tipo _____
 Patologia da tireoide
 Outras _____

Cirurgia/anestesia prévia Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes

Comentários sobre os achados

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório
 Sim NãoHistórico familiar - problemas com anestesia
 Sim Não

Exame Físico

Cardíaco _____

Resp _____

Neuro _____

Regional _____

Outro _____

Laboratório

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

Via aérea
 História de via aérea difícil Sim Não

Mallampati

 I II III IV

Distância esterno/mento _____ cm

Dentição/Prognatismo _____

Outros

Hemorragias Negativo

Tipagem solicitada _____

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA

 I II III IV V VIEmergência: Sim Não

Planejamento Anestésico

DATA	HORA

ASSINATURA

Anestesiologista CRM

CRM 52.88820-0

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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: José Arnaldo Braga

Confirmação de local de destino: Sim Não

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

Data de Nascimento: 13/01/85

Motivo da internação na unidade:

Dispositivos em uso

Não Sim, especificar: Marcapasso Bipap Bomba de Infusão TQT CVP VM CVC

SNG, SNE e GTT Cateter de dialise SVD Drenos

Transferência interna: Enfermaria UTI Outro: Centro Cirúrgico

Transferência externa:

Médico assistente:

AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE

Data: 19/11/18

Hora: 09:25 h

Avaliação de risco: Queda LP Febre Broncoaspiração Perda de dispositivo

INTEGRIDADE DA PELE

Integra

Curativo: Local _____ Grau _____

Lesão por pressão, especificar

Local _____

Grau _____

MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO

Não

Sim, especificar:

Anticoagulante

Insulina

Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína.)

Sedativos (ex: benzodiazepínicos)

NECESSIDADE DE ISOLAMENTO

Não

Sim, tipo:

Contato

Respiratório

Reverso

ALERGIA

Não

Sim

Medicamento: _____

Objetos do paciente

Não Sim, Especificar

PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME

Não

Sim, especificar

RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)

Data e hora:

19/11/18

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

RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)

Data e hora:

Moisés

OBSERVAÇÕES:

Dieta _____

Medicação de alto custo: _____

Outros: _____



ANTONIO
PRUDENTE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QÜEDAS

Data de Revisão:
10/09/2018

Código:
FORMULÁRIO: 015

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1

Data da Elaboração:
22/02/2017

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

Data de Nascimento: 13/03/1985

Data de admissão: 19/03/18

Data da realização da escala: 19/03/18

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

SEM RISCO/RISCO BAIXO:

07-09

Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas

RISCO MODERADO/ RISCO ALTO:

10-26

Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

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

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

ANTONIO
PRUDENTE

AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

Data de Revisão:
10.09.2018-V.01Código:
FORMULÁRIO: 013

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1Data da Elaboração:
20/03/2017NOME COMPLETO DA PACIENTE: João Amaro Bragaç DATA DO NASCIMENTO: 13/01/1985UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Emergência DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 19/11/18

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”

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

SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:

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

Risco Moderado: Entre 7 e 15

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

RESULTADO: RISCO ALTO()RISCO MODERADO()RISCO BAIXO()

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

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

Viviane M. C. Viana Teixeira

 CRON-CE 308612 ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 11:24

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55001213	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lelto: 133227/3		
Profissional(is): LIDIA JOYCE PEREIRA COSTA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN [REDACTED] Nº: 30414768 19/11/2018 às 11:23 [16266][1]			
CONTROLE VITALIS			
SINAIS VITAIS			
T	36.7 °C	[1]	
P脉	71 bpm	[1]	
PA	120x80 mmHg	[1]	
OUTROS DADOS E SINAIS			
GLICEMIA PELA FITA (DX)	94 mg/dL	[1]	

AVALIAÇÃO DE RISCO ADULTO

Pagina 1 de 1

19/11/2018 10:10

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55001213 Prontuário: 16533875
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3
 Profissional(is): VIVIANE MARACOSTA VIANA ENFERMEIRO(A) COREN 308612115322 N°: 30410032 19/11/2018 às 10:09

QUEDA

Histórico de Quedas	Não	[1]
Nenhum/Ajuda do Enfermeiro/Acamado	Sim	[1]
Normal/Acamado/Imóvel	Sim	[1]
Orientado	Sim	[1]
Risco de Queda	Sem risco de queda	[1]

FLEBITE

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

PERDA DE DISPOSITIVOS

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

BRONCOASPIRAÇÃO

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

LESÃO POR PRESSÃO

Escala De Braden	22 - Paciente sem risco	[1]
Nenhuma Limitação	Sim	[1]
Raramente Molhado	Sim	[1]
Anda Frequentemente	Sim	[1]
Nenhuma Limitação	Sim	[1]
Adequado	Sim	[1]
Nenhum Problema	Sim	[1]

Viviane M. C. Viana Teixeira
 ~RENCE 308 2. ENF



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 10:08

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55001213 Prontuário: 16533875
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3
 Profissional(is): VIVIANE MARA COSTA VIANA ENFERMEIRO(A) COREN 308612 [1] Nº: 30409287 19/11/2018 às 09:58

PACIENTE

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

PRÉ-OPERATÓRIO

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

NUTRICIONAL / METABÓLICO

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


 COREN-CE 308612 ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55001213 Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

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

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

FÓRMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 17:00

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55013423 Prontuário: 16533875
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/6
 Profissional(is): JACQUELINE BARBOSA PEREIRA ENFERMEIRO(A) COREN 852463 [1] Nº: 30430973 19/11/2018 às 16:44

PRE-OPERATÓRIO

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

Alergia- Descrição	NEGA	[1]
--------------------	------	-----

CONFORTO**INTRA-OPERATÓRIO**

Responsável Pelo Recebimento	ENFERMEIRA GEYZE	[1]
------------------------------	------------------	-----

Hora	16:20	[1]
------	-------	-----

Sala	05	[1]
------	----	-----

Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	INTEGRA	[1]
---	---------	-----

Início Da Anestesia	16:20	[1]
---------------------	-------	-----

Término Da Anestesia	17:10	[1]
----------------------	-------	-----

Início Da Cirurgia	16:30	[1]
--------------------	-------	-----

Término Da Cirurgia	17:05	[1]
---------------------	-------	-----

Instrumentador	NONATA PARTICULAR	[1]
----------------	-------------------	-----

Circulante	JACQUELINE E VICTOR	[1]
------------	---------------------	-----

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

Membro Ou Lado A Ser Operado	MSE	[1]
------------------------------	-----	-----

Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
------------------------------	-------	-----

Numero Total De Compressas Inseridas	10 UD	[1]
--------------------------------------	-------	-----

Contagem Final De Compressas	10 UD	[1]
------------------------------	-------	-----

Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
-----------------------	-----	-----

Clorexedine Degermante	Sim	[1]
------------------------	-----	-----

Álcool	Sim	[1]
--------	-----	-----

Éter	Sim	[1]
------	-----	-----

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INCISAO NO LOCAL DA CIRURGIA	[1]
--	------------------------------	-----

Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]
----------------------	--------	-----

Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
----------------------------	-------	-----

Encaminhamento Do Paciente		[1]
----------------------------	--	-----

Horário De Saída Da S.O	17:30	[1]
-------------------------	-------	-----

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2	99 %	[1]
--------	------	-----

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	19/11/2018	[1]
------	------------	-----

Hora	17:00	[1]
------	-------	-----

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 17:05

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

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	PACIENTE DEU ENTRADA NO C.C PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA COM DR. ANDRE, ANESTESIADO COM SEDAÇÃO E LOCAL PELA DR. ROMANA, CIRURGIA SEM INTERCORRENÇIA E ENCAMINHADA PARA S.R.P.A COM PRONTUÁRIO COMPLETO	[1]
Eletrodos	ACIMA DO PEITO	[1]
Incisão Cirúrgica	MSE	[1]
Dreno	NAO	[1]
Placa De Bisturi	NAO	[1]
Punções Venosas	MSE	[1]
Coxim	NAO	[1]

PÓS-OPERATÓRIO

CHEKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 09:55

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

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	19/11/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	14:00	[1]
Cirurgia	LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Setor De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Autorização Do Paciente	Sim.	[1]
Exames Complementares	Sim.	[1]
Exames Radiológicos	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.	[1]
Higienização	Sim.	[1]

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



ANTONIO
PRUDENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO

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

Fortaleza, 19 de Novembro de 2018.

Assinatura: Assinatura

Testemunhas:

Nome: _____

CPF Nº: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

CPF Nº: _____ Assinatura: _____

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

INSTRUMENTO PARTICULAR DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CONFISSÃO DE DÍVIDA

I - RESPONSÁVEL

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

Data nascimento : 13/01/1985
Fones : 997002032

II - ENTIDADE CREDORA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE , pessoa jurídica de direito privado, estabelecida em FORTALEZA , CEARA , CNPJ 5874946000109 , denominado HOSPITAL.

III - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

7 - Fica eleito o foro da comarca FORTALEZA - CE para dirimir quaisquer dúvidas do presente instrumento, renunciando o RESPONSÁVEL a qualquer outro por mais privilégio que seja.

E por assim estarem justos e contratados firmam o presente em duas(2) vias de igual forma e teor, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

FORTALEZA - CE

19 NOVEMBRO DE 2018

TESTEMUNHAS

Nome:
CPF

Nome:
CPF


Responsável:
CPF 961081341

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
CGC 5874946000109

TERMO DE RESPONSABILIDADE E OUTROS AJUSTES

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO AMARO BRAGA

RG: 98012032329

CPF:961081341

Endereço: CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA CE 60540282

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

Nome: JOAO AMARO BRAGA

RG: 98012032329

CPF:961081341

Endereço: CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA CE 60540282

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

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

Mesmo considerando os riscos inerentes, o signatário responsabilizou-se integralmente e optou pelo seguinte tratamento (a ser conferido ao enfermo acima qualificado) :

30719100 FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO

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

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

FORTALEZA CE ,19 de NOVEMBRO, de 2018


Paciente ou Responsável Lega I

TESTEMUNHAS



João Almeida Braga.

Paciente com luxação do cotovelo

Esquerdo. Necessitando de redução

Iniciativa da Unimed.

Forúm 19/11/18

Dra. Pedro Barreiro
Ortopedia e Traumatologia
Centro do Jardim
CREMEC 13798 TEC 13005

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

[/hapvida.saude](#) [@hapvidasaude](#) [www.hapvida.com.br](#)



ANTONIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

S531

Código da Doença

Local e Data

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

Assinatura do Médico .

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

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

R3002

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

192.65.4.101

19 FEV. 2019

1433 Braga

(4)



ANTONIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

22/11/18
até

S531

Código da Doença

19/11/2018

Local e Data

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

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BCOHU18I800K0

R3002

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

20/11/2018 07:40

192.85.4.101

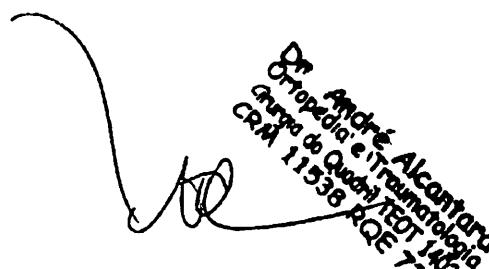
~~zambeze~~



LAUDO MÉDICO

PARA: JOAO AMARO BRAGA

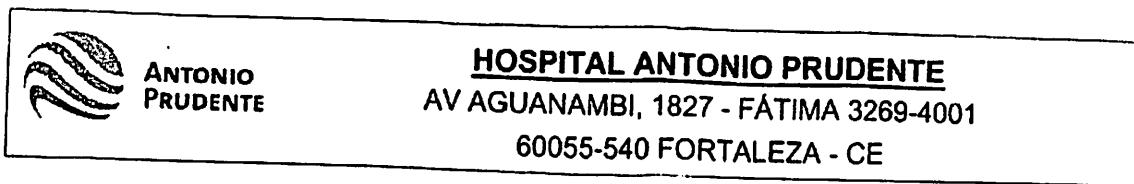
PACIENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE LUXAÇÃO / INSTABILIDADE DE COTOVELO ESQUERDO.
REFERE TRAUMA INICIAL POR ACIDENTE DE TRÂNSITO EM
07/11/2018.



Dr. André Alcantara
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11538 RQE 1384

Fortaleza, 29/11/2018

1433 Braga W



ATESTADO MÉDICO

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

08/11/18 a

21/11/18

S43

Código da Doença

08/11/18

Local e Data

Assinatura do Médico

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM 12051

D. José Neias A. Ribeiro
CRM 12051 / Fortaleza
08/11/18

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BSFCI18I8N1K0
Solicitação da Senha : 08/11/2018 00:39:19

R3002

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

08/11/2018 02:05

192.85.4.101

J. am. ms



ANTONIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

S531

Código da Doença

Local e Data

André de Castro Alcantara
Dr. André de Castro Alcantara
CRM 11538 RG 1032-7
CRM 11538 RG 1032-7
CRM 11538 RG 1032-7

Assinatura do Médico

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BIZIY19I8S2K0
Solicitação da Senha : 24/01/2019 07:49:51

R3002

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

192.85.4.101

19 FEV. 2019

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

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF
048.217.413-77 DATA NASCIMENTO
18/06/1990

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

PERMISSÃO ACC CAT.HAB.
[REDACTED] [REDACTED] AB

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

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
16/10/2017

Igor VASCONCELOS PONTE

65807059905
CE161764037

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

DENATRAN - CONIFERAN

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440

19 FEV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PROCURAÇÃO

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

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

Sr,(a) João AMARO BRAGA

Ocorrido em 07 / 11 / 2018 Natureza: TPA

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

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

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

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

19 FEV. 2019

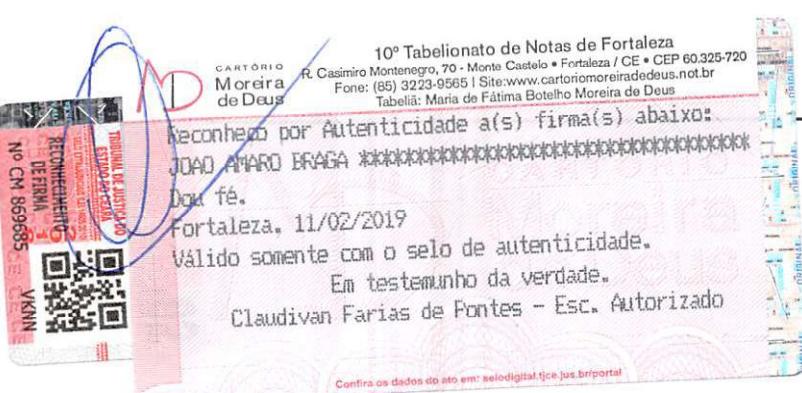
11

, DE Fevereiro

, DE

20 19.

João Amaro Braga



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061362/19

Vítima: JOAO AMARO BRAGA

CPF: 009.610.813-41

Data do acidente: 07/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO AMARO BRAGA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

JOAO AMARO BRAGA : 009.610.813-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	009.610.813-41	JOÃO AMARO BRAGA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: João Amaro Braga		CPF: 009.610.813-41		
Profissão: Aux. de Operações	Endereço: RUA CORONEL JOÃO CORREIA	Número: 3372		Complemento:
Bairro: Bom Jardim	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60543-325	Tel.(DDD): 85985296730
E-mail: NC527310@gmail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1469 CONTA: 13064 (3)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, FORTALEZA, 07 DE FEVEREIRO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura
19 FEV. 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



DECLARAÇÃO



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

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

Documento requerido por meio do Processo nº P463784/2018.

Fortaleza, 06 de dezembro de 2018.

Atenciosamente,

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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

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

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

19 FEV. 2019



P-463784 / 2018



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 85	PONTO DE APOIO: SERVIÇO	Nº DA OCORRÊNCIA: 1738
DATA: 08/11/18	TURNO: Noite	EQUIPE: Camilo Silveira
NOME: José Amaro Braga		IDADE: 33 SEXO: M
ENDERECO: C.R.D. Pça. COSTA ESILVA 3557		
REFERÊNCIA:		BAIRRO: S. C. INDUSTRIAL
QTY: 00:10	QUS: 00:15	QUY: 00:40
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

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

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

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

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

	ADULTO		LESÕES	PEDIÁTRICO	
			Rac-c. hérnia em HSE com sangramento.		

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

19.FEV.2019

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Foi vítima de colisão motocicletas entre si, de capacete, responde ao dr. Francisco M. da Cunha e sangramento no MSE e dor no membro.

ASS. / COREN: *Asf*

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

 UNIDADE DE SAÚDE:*HAD* LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

 ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

 SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

*Dr. José J. T. Almeida Teixeira*EM: */ /* às *hs*

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

Descrição de valores entregues:

LOCAL:

EM: */ /*

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

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

ASSINATURA:

19 FEV. 2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

09/01/2019 12:25

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 54772264

Prontuário: 16533875

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

Nº: 29985615 08/11/2018 às 00:45

ANAMNESE

Queixa Principal

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

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

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

[1]

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO

[1]

CID10

S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

19 FEV. 2019

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO Z1082
Assinatura

Nº DO CLIENTE**4500879**Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº****559751219**

Rota 19 01250 28 346600 - 5

Data de Emissão 28/01/2019

Nome JOAO AMARO BRAGA

End. Postal RU CEL JOAO CORREIA, 03372

BOM JARDIM - FORTALEZA - 60000000

Medidor 413715

Poste 0000 D90W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 009610813-41

CGF

Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

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

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

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

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

VALOR (R\$)

138,48

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

10,10

ODONTO ART - 3292-4444

22,90

190 FEVEREIRO 2019

VENCIMENTO**25/02/2019****TOTAL A PAGAR (R\$)****171,48****COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	31,44
Transmissão	5,48
Distribuição	29,30
Encargos Setoriais	7,85
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	44,41
TOTAL	138,48

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	May	Apr	Mar	Fev
157	191	174	171	156	158	154	149	147	148	140	156	154



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

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

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

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
7694250 DV **3**

VENCIMENTO
01/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
49,63

End. da Unidade Consumidora RU PRO CABRAL 00676 CS FUNDOS PQ. STA. ROSA FORTALEZA
 60762770

RG / CPF / CNPJ 048.217.413-77 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP 890	851	1	39	0	39

DESCRÍCÃO DA CONTA

ENERGIA	Quantidade	× Tarifa	= Valor (R\$)
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,17454	5,23
Consumo faixa 31-100 Kwh	9	0,29923	2,69

DATAS DE LEITURA

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

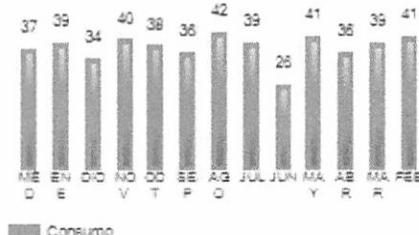
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,60

Conjunto

Mês NOV/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

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

19 FEV. 2019

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

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

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

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

FORTALEZA, 12 de FEVEREIRO de 2018
Local e Data

19 FFV 2018



Assinatura do Declarante



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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1491217732



NOME
JOAO AMARO BRAGA

DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF
98012032329 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
009.610.813-41 13/01/1985

FILIAÇÃO
GENILVAL AMARO BRAGA

MARIA DO SOCORRO DE
JESUS AMARO

PERMISSÃO ACC CAT.HAB.
[REDACTED] [REDACTED] A

Nº REGISTRO
05674218390

VALIDADE
14/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/12/2012

OBSERVAÇÕES

A ;

João Amaro Braga

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Igor Vasc. Pônte
IGOR VASCONCELOS PÔNTE

58983541376
CE159940036

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARA

DFACAL
AMBAGE ES G0

Scanned by CamScanner

B.O.

IPA

e
DAMS

19 FEV. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	009.610.813-41	JOÃO AMARO BRAGA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: João Amaro Braga		CPF: 009.610.813-41		
Profissão: Aux. de Operações	Endereço: RUA CORONEL JOÃO CORREIA	Número: 3372		Complemento:
Bairro: Bom Jardim	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60543-325	Tel.(DDD): 85985296730
E-mail: NC527310@gmail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1469 CONTA: 13064 (3)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, FORTALEZA, 07 DE FEVEREIRO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO



Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura
19 FEV. 2019

2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Scanned by CamScanner

19 FEV. 2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2019100720

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 512 / 2019



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/02/2019 16:05:39**
Data / Hora da Ocorrência: **07/11/2018 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO AMARO BRAGA**
Nascimento: **13/01/1985** CPF: **009.610.813-41**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO**
GENIVAL AMARO BRAGA
Endereço: **RUA CORONEL JOÃO CORREIA, 3372**
Bairro: **GRANJA LISBOA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99700-2032**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSQ1942** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1650DR302248** Renavam: **535169426** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO AMARO BRAGA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARCE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OSQ-1942 NA AV. PERIMETRAL QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA FREOU BRUSCAMENTE NA FRETE DA VITIMA, QUE A VITIMA COLIDIU COM A REFERIDA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE DANDO ENTRADA NO DIA 08/11/2018. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Francisco Delânia Campelo Almeida - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

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

Pág. 1 de 1

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

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

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190151092

Vítima: JOAO AMARO BRAGA

Data do Acidente: 07/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO AMARO BRAGA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190151092

Vítima: JOAO AMARO BRAGA

Data do Acidente: 07/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

