



**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 30ª 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
<p>Data da entrega: 19/02/2019 Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ CPF: 048.217.413-77</p>	<p>Data do cadastramento: 19/02/2019 Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA CPF: 001.023.383-02</p>
<p>_____ ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ</p>	<p>_____ JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA</p>

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

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. CÁRMEN 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



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

Data do Acidente: 07/11/2018

Tipo de Tratamento:

Clinico ☐

Cirúrgico ☒

Data da internação: 19/11/2018

Nome da vítima do acidente:

JOÃO AMARO BRAGA

Nome do Hospital: ANTONIO PRUDENTE

Data da alta hospitalar: 20/11/2018

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

NÃO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQ. COM RECONSTITUIÇÃO DOS LIGAMENTOS.

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

SIM

Data da definição da(s) sequela(s)

11/02/2019

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

INCAPACIDADE FUNCIONAL
DO COTOVELO ESQ

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

ALTA DEFINITIVA EM
11/02/2019.

Grau da definição da(s) sequela(s)

50%

19 FEV. 2019

Nome do médico responsável:

JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA

Assinatura e carimbo do médico:

Local: PORTALEZA - CE

Firma reconhecida do médico:

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

Data: 11/02/2019.



**ANTONIO
PRUDENTE**

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUARIO

LEANDRO 21082
Assinatura

19/11/2018 11:52:33

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6533875	JOAO AMARO BRAGA	M	13/01/1985	33
CPF	Carteira Profissional	Estado Civil		
012032329 SSPDC CE	961081341	2-SOLTEIRO		
Endereço				
CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA-CE CEP:60540282				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
997002032		MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	6800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
19/11/2018	11:48		
Médico Atendente			Clinica
143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano	SIND.EMPRESAS TRANSP.PASSAGENS EST.CE	
2-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
770000CJ192005018			

DADOS DA INTERNAÇÃO

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

ALERGIA

NEGA

RISCO QUEDA

NÃO

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



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
54858047



09/01/2019 12:34:01

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
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

Data inicial: 10/12/2018 Atendimento: 54858047 Médico prescritor: Consultar
Data final: 09/01/2019 Prontuário: Convênio: T3488 T43A8
Carteira: ☐ Atendimentos com alta administrativa ☐ Atendimentos liberados pela auditoria
☐ Atendimentos com pendências no prontuário ☐ Atendimentos liberados pela enfermagem

Documentos

	Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	Dt Nascimento	Idade	Sexo
12/11/2018 08:25 - CONSULTA RETORNO	54858047	16533875	JOAO AMARO BRAGA	13/01/1985	33A 11M 26D	Masculino

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

Tipos de documentos

- 1 Registros Médicos
 - 12 Formulário de Atendimento na Emergência
 - 7 Prescrição Médica
 - 14 Receta Médica Especial
 - 9 Recetas Médicas
 - 10 Atestado Médico
 - 11 Declarações
 - 6 Pareceres Médicos
 - 5 Solicitação de Parecer Médico
 - 4 Admissão do Paciente
 - 3 Evolução Médica
 - 17 Solicitação de Internação Hospitalar
- Ver histórico de digitalizações

Visualizar

Data/Hora	Profissional
12/11/2018 11:16:44	
12/11/2018 08:40:21	FELIPE VERAS PEREIRA DE O

Imprimir Doc.Assinado

Situação
ASSINADO
ASSINADO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:26

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

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

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

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 TERAPÊUTICO

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:27

Paciente:	JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.:	13/01/1985	Atendimento:	55001213	Prontuário:	16533875	
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI				Leito:	133227/3
Profissional(is):	PEDRO BARREIRA CABRAL, MÉDICO, CRM 13798 [1]			Nº:	30406804	19/11/2018	às 09:18	
IDENTIFICAÇÃO								
Nº Atendimento	55001213						[1]	
Nome Completo	JOAO AMARO BRAGA						[1]	
Data De Nascimento	13/01/1985						[1]	
Nome Da Mãe	MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO						[1]	
Data Da Internação	19/11/2018						[1]	
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA								
SINAIS VITAIS								
FC	80 bpm						[1]	
FR	15 mrpm						[1]	
OUTROS DADOS E SINAIS								
COMORBIDADES								
DIAGNÓSTICO								
CID Principal	S531 LUXACAO DO COTOVELO NE						[1]	
PARECER DO ESPECIALISTA								
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO								
Plano Terapêutico	INTERNA PARA REDUÇÃO CRUENTA						[1]	
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.						[1]	



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
55234876



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

09/01/2019 12:34:36

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

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

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]
-------	-----------------------------	-----

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:28

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55234876

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

Profissional(is):

Nº: 30820788 29/11/2018 às 09:53



09/01/2019 12:34:53

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

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

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMBI

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

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55700572	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA	Leito: S-10/1	
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1]	Nº: 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 APOSIÇÃO DE CAMPOS FASCIOTOMIA RETIRADA DE FIOS MANIPULAÇÃO CURATIVO		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30710022 RETIRADA 30730074 FASCIOTOMIA 30713064 MANIPULAÇÃO		[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

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

Professional(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]
-------------------	----------	-----

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55700572

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

SINAIS VITAIS

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

OUTROS DADOS E SINAIS

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

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

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

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

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

Incisão Cirúrgica	BRAÇO E	[1]
-------------------	---------	-----

PÓS-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:29

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55700572

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

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

PACIENTE

Data De Admissão 20/12/2018 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia ELETIVA. [1]

Data Da Cirurgia 20/12/2018 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto RETIRADA DE FIO DE K [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição [1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento TATIANE [1]

Hora 15:10 [1]

Sala 02 [1]

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

Inicio Da Anestesia 15:15 [1]

Término Da Anestesia 15:30 [1]

Inicio Da Cirurgia 15:18 [1]

Término Da Cirurgia 15:28 [1]

Circulante PATRICIA E TATIANE [1]

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

Membro Ou Lado A Ser Operado BRAÇO E [1]

Numero Inicial De Compressas 0 UD [1]

Contagem Final De Compressas 0 UD [1]

Clorexedine Alcoólico Sim [1]

Clorexedine Degermante Sim [1]

Álcool Sim [1]

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

Grau De Contaminação LIMPA. [1]

Encaminhamento Do Paciente SRPA. [1]

Encaminhamento Do Paciente

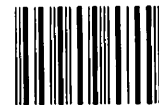
Horário De Saída Da S.O 15:35 [1]



**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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE T43DOC U0398 09/01/2019 12:25:06 29.0022.00091																																																																											
Data inicial: 10/12/2018 Atendimento: 55801763 Médico prescritor: <input type="text"/>						Consultar		PEP Histórico																																																																			
Data final: 09/01/2019 Prontuário: <input type="text"/> Convênio: <input type="text"/>								T3488 T43A8																																																																			
Carteira: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Atendimentos com alta administrativa <input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela auditoria <input type="checkbox"/> Atendimentos com pendências no prontuário <input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela enfermagem																																																																											
Documentos <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Atendimento</th> <th>Prontuário</th> <th>Nome do Paciente</th> <th>Dt Nascimento</th> <th>Idade</th> <th>Sexo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27/12/2018 08:42 - CONSULTA TRAUMATOLOGIA</td> <td>55801763</td> <td>16533875</td> <td>JOAO AMARO BRAGA</td> <td>13/01/1985</td> <td>33A 11M 26D Masculino</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>										Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	Dt Nascimento	Idade	Sexo	27/12/2018 08:42 - CONSULTA TRAUMATOLOGIA	55801763	16533875	JOAO AMARO BRAGA	13/01/1985	33A 11M 26D Masculino																																																						
Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	Dt Nascimento	Idade	Sexo																																																																						
27/12/2018 08:42 - CONSULTA TRAUMATOLOGIA	55801763	16533875	JOAO AMARO BRAGA	13/01/1985	33A 11M 26D Masculino																																																																						
Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento						Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE JESUS AMARO Nome do Pai:																																																																					
Tipos de documentos <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> -1 Registros Médicos -12 Formulário de Atendimento na Emergência -7 Prescrição Médica -14 Receta Médica Especial -9 Recetas Médicas -10 Atestado Médico -11 Declarações -6 Pareceres Médicos -5 Solicitação de Parecer Médico -4 Admissão do Paciente -3 Evolução Médica -17 Solicitação de Internação Hospitalar </div> Ver histórico de digitalizações						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Visualizar</th> <th>Imprimir Doc. Assinado</th> </tr> <tr> <th>Data/Hora</th> <th>Profissional</th> <th>Situação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27/12/2018 09:49:34</td> <td>ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO</td> <td>ASSINADO</td> </tr> <tr> <td>27/12/2018 08:58:27</td> <td></td> <td>PENDENTE</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Visualizar		Imprimir Doc. Assinado	Data/Hora	Profissional	Situação	27/12/2018 09:49:34	ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO	ASSINADO	27/12/2018 08:58:27		PENDENTE																																																						
Visualizar		Imprimir Doc. Assinado																																																																									
Data/Hora	Profissional	Situação																																																																									
27/12/2018 09:49:34	ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO	ASSINADO																																																																									
27/12/2018 08:58:27		PENDENTE																																																																									

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

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

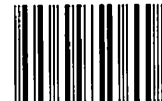
[1]



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
55916563



09/01/2019 12:35:21

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
03/01/2019	08:45	

Médico Atendente

3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL

Médico Acompanhante

Tipo Atendimento

4 CONSULTA RETORNO

Clinica

6-TRAUMATOLOGICA

Peso (Kg)

Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

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

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 TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

NOTA DE SALA

4536476

Atendimento:	55013423	Prontuário:	16533875	JOAO AMARO BRAGA
Cirurgia(s):	30719100	FRAATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO	Tipos Anestesia:	GERAL VENOSA
Sala Cirurgica:	SALA CC 03	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.: 1017
Equipe Médica:	CIRURGIAO	ANESTESISTA	72001	ROMANA F M BELLO DE CAMPOS
	CIRULANTE	3124894	JACQUELINE BARBOSA PEREIRA	COREN 852463
	SEGUNDO(A) CIRULANTE	3760502	PAULO VICTOR DE SOUSA TOME	COREN 1292709

Código	Especificação	Ordem	Código	Especificação	Ordem
31720	ÁGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	1	36811	DECAIDRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
31737	ÁGUA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	1
32450	ÁGUA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	1	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	1	154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	1	120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	1	43280	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	1	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1	45233	XYLOCAINA C/AD 2% FRAP 20 ML	1
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	1	45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
30210	CATER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1			
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	1			
112712	CLOREXEDINA DEREGENTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	1			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	1			
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1			
31771	ETER ETILICO (UCOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	1			
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	1			
27227	GAZE ACOLOCADA 15X15 PCT 15 CM	1			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	1			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	1			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	1			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
1147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

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 11538/11	Nº: 30432945	19/11/2018	às 17:24

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Cirúrgico	S52	[1]
-----------------------	-----	-----

DADOS DA CIRURGIA

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

Hora Da Cirurgia	17:24	[1]
------------------	-------	-----

Cirurgia	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO DE COTOVELO ESQUERDO	[1]
----------	---	-----

Cirurgião	ANDRE ALCANTARA	[1]
-----------	-----------------	-----

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

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

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

19/11/2018 16:44

Paciente: JOAO AMARO BRAGA Dt. Nasc.: 13/01/1985 Atendimento: 55013423 Pronto-socorro: 16533875
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/6
 Profissional(is): JACQUELINE BARBOSA FERREIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 852463 (M) Nº: 30430731 19/11/2018 às 16:39

DADOS DA ADMISSÃO

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

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Membros da Equipe Cirúrgica	SIM.
Lateraliade Do Procedimento	Esquerda.
Paciente Certo	SIM.
Sito Cirúrgico Identificado	SIM.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA**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]
Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	Sim.	[1]
Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas	Não se aplica.	[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: JOAO AMARO BRAGA		Dt. Nasc.: 13/01/1985		Atendimento: 55013423	
Convenio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 19241684		19/11/2018 às 17:21	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR		Leito: 13341076 1017.1		Prontuário: 16533875	
				Peso: 85.00 kg	
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL CRM-11538					
2. Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min		Acesso Periférico CRM-11538
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83		ml/Kcal/dia 500 ml			
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/I)		1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV 00 CRM-11538
Aqua Destilada		10 ml			
4. PROFENID IV (100.00mg)		100mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV 18:00 RPA CRM-11538
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml			
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000mg	2ML (AMPL C/500MC)	6/6h	EV 00 CRM-11538
Aqua Destilada		18 ml			
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg	2ML (AMPL C/100MC)	8/8h	EV SN 18:40 RPA CRM-11538
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml			
Alta vigilância					
7. PLAMET (5.00mg/ml)		10mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV 00 CRM-11538
Aqua Destilada		18 ml			
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

Dr. Andre Alcantara
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril TEST 1402
CRM 11538 R.C.F.

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

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: 1334106-1071	Peso: 85.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS	
1. DIETAGERAL-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 FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500ml				
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (01/1)	Agua Destilada	1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV	20/11-00:00 ;	
			10 ml				
4. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV	20/11-02:00 ;	
			100 ml				
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Agua Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	20/11-00:00 ; 20/11-06:00 ;	
			18 ml				
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	SN	
			100 ml				
Alta vigilância							
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Agua Destilada	10mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	20/11-00:00 ;	
			18 ml				
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO			SN				
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA							
10. PUNCAO C/ JELCO			SN				
11. SINAIS VITAIS							
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS							
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC			SN				
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO							
15.							

Dra. Daniela Albuquerque
(11) 3333-3333
CNPJ 08.524.329

Risco: Infecção

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.

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	

GASTOS

Descrição	Qtd.	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 ML	1
SERINGA 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 1 UD	1

CEFALOXINA 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 ML	1
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1
TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

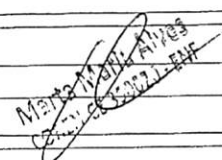
Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19238026	19/11/2018 às 12:00	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR.	Leito: 133410/6		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
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-CE 308612 ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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 RETARDA

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

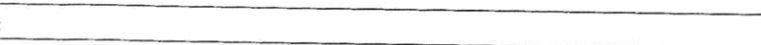


DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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


1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: DOR

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido: 


4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA Mantido: 

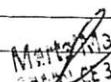

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido: 

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: EFEITOS COLATERAIS

EVITAR SANGRAMENTO Mantido: 
Marta Maria Alves
CRM 353020 - ENF

ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

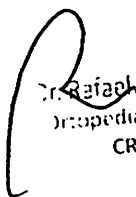
Paciente: JOAO AMARO BRAGA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 1334106 Tipo: Enfermagem 19/11/2018 às 20:52
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Dt. Nasc.: 21/02/1974 Prontuário: 16533875 Nº Documento: 19243594 Atendimento: 55013423
 Profissionais: ADRIANA EURIASIO DAS CHAGAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1267812 (1) II

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 (irmpir)																				18	18				
Frequência Cardíaca (bpm)																				85	91	(1)			
Temperatura (°C)																				37,3	37,3	(1)			
Sat O2 (%)																				97	97	(1)			
Pa Sistólica (mmHg)																				154	158	(1)			
Pa Diastólica (mmHg)																				84	81	(1)			
Pulso (bpm)																				85	88	(1)			

Adriana
coren 1267812

Paciente: JOAO AMARO BRAGA		Dt. Nasc.: 13/01/1985		Atendimento: 55013423	
Convenio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 19246625		20/11/2018 às 07:31	
Posto: POSTO 1B		Leito: 1017/1		Prontuário: 16533875	
				Peso: 85.00 kg	
1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h ORAL		CRM-8260	
2.Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 500 ml		7.00 gts/min	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83		ml/Kcal/dia 500 ml		Acesso Periférico	
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g)		1g		1 FRAP (C/1GR)	
(D1/1) Aqua Destilada		10 ml		8/8h EV	
4.PROFENID IV (100.00mg)		100mg		1 FRAP (C/100MG)	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml		8/8h EV	
5.DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000mg		2ML (AMPL C/500MC)	
Aqua Destilada		18 ml		6/6h EV	
6.TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg		2 ML (AMPL C/100MC)	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml		8/8h EV	
Alta vigilância				SN	
7.PLAMET (5.00mg/ml)		10mg		2ML (AMPL C/10MG)	
Aqua Destilada		18 ml		8/8h EV	
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 ACOCHOA				CRM-8260	
15.COMPRESSÃO COM ÉTER		SN		CRM-8260	
16. Alta em: 20/11/2018		ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO			
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA					

Profissionais CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA


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

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19246069	20/11/2018 às 06:14	
Posto: POSTO 1B	Leito: 10171		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: DANIELLE DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE (COREN 524029)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANUTER			
ACESSO VENOSO PERMO E IDENTIFICADO	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	DL Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55013423	Prontuário: 16533875
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19246055	20/11/2018 às 08:11	
Posto: POSTO 1B	Leito: 10171	Enfermeiro(a): JANELLE DE OLIVEIRA ALBUQUER	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			
1 - MOBILIDADE NO LETO PREJUDICADA			
Relacionado a: TRATAMENTO			
DOR			
2 - CONFORTO PREJUDICADO			
Relacionado a: DOR			
TRATAMENTO CIRÚRGICO			
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A			
Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL			
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO			
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS			
Manhã Tarde Noite			

20/11/2018 07:17

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55013423

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1B

Leito: 1017/1

Profissional(is): VANESSA VIANA MONTEIRO ENFERMEIRO(A) COREN 454854 [1] Nº: 30450865 20/11/2018 às 07:19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

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

[1]

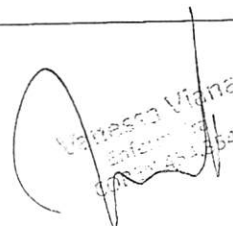
GERENCIAMENTO DE RISCO
INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGISTICOS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



Vanessa Viana
Enfermeiro(a)
COREN 454854

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 12:39

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/INTERCORRÊNCIAS

Intercorrências

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, SATO2: 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 PASSAGEM DE FIO K EM
COTOVELO ESQUERDO (OLECRANIZACAO)

[1]

Dr. André de Castro Alcantara Carvalho
Cirurgião do Aparelho Articular
CRM 11538 RQE 7508

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

20/11/2018 07:38

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

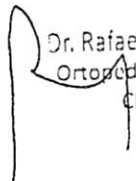
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA MÉDICO CRM 8260 [1]	Nº: 30451397	20/11/2018	às 07:37
--	--------------	------------	----------

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

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

[1]



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



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver atestado)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nasc.

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

19 de novembro de 20 18

Hora: 11:48

Nome legível: João Amaro Braga

Assinatura: [assinatura]

Grau de parentesco do responsável: Paciente

CPF: 2009640843-41

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

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

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: _____
Passagem: _____ Leito: _____
Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (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																			
<p>Cardio-circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p>Tolerância ao exercício <input checked="" type="checkbox"/> Valvulopatia</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Arritmia</p> <p><input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Angioplastia</p> <p><input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> DVP</p> <p><input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> AAA</p> <p><input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>	<p>Câncer <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p> <p>Infeccioso <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>																		
<p>Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Dependência O₂</p> <p><input type="checkbox"/> Apnéia do sono</p> <p><input type="checkbox"/> IVAS recente</p> <p><input type="checkbox"/> Expectoração</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>	<p>Gravidez <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas</p> <p>Crianças abaixo de 1 ano <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p>Condições de Nascimento</p> <p><input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe</p> <p><input type="checkbox"/> Termo</p> <p><input type="checkbox"/> Pré-termo:</p> <p><input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Idade pós-conceitual _____ semanas</p> <p>(Idade gest.+idade atual)</p>																		
<p>Gastrointestinal/hepático <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Gastrite</p> <p><input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Hepatite</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito/ diarreia <input type="checkbox"/> Icterícia</p> <p><input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Cirrose</p> <p><input type="checkbox"/> Obst. Intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>	<p>Hábitos Sociais <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cigarros/dia</p> <p><input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>																		
<p>Neurológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> AVC</p> <p><input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza <input type="checkbox"/> Cefaléia</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> PIC</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>	<p>Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Tipo/Agente	Reação																
Tipo/Agente	Reação																		
<p>Renal <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Diálise</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiência renal</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>	<p>Cirurgia/anestesia prévia <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes															
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																	
<p>Hematológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Transusão prévia <input type="checkbox"/> Coagulopatia</p> <p><input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>	<p>Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>																		
<p>Músculo esquelético <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Artrite</p> <p><input type="checkbox"/> Musculodistrofia</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>	<p>Histórico familiar - problemas com anestesia</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>																		
<p>Endócrino <input checked="" type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Patologia da tireóide</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p>	<p>Exame Físico</p> <p>Cardíaco _____</p> <p>Resp _____</p> <p>Neuro _____</p> <p>Regional _____</p> <p>Outro _____</p>																		

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

Via aérea

História de via aérea difícil

☐ Sim ☐ Não

Mallampati

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno/mento _____ cm

Dentição/Prognatismo _____

Outros _____

Hemorragias ☐ Negativo

Tipagem solicitada _____

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Emergência: ☐ Sim ☐ Não

Planejamento Anestésico _____

Comentários sobre os achados

Anestesiologista _____ CRM _____

DATA _____ HORA _____

ASSINATURA _____



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



ANTÔNIO PRUDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>João Amaro Braga</u>	Setor: <u>Emergência</u> Leito: <u>M03</u> Data: <u>19/11/18</u>
Confirmação de local de destino: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de Nascimento: <u>13/04/1985</u>
Motivo da internação na unidade:	
Dispositivos em uso	
<input checked="" type="checkbox"/> Não Sim, especificar: () Marcapasso () Bipap () Bomba de Infusão () TQT <input checked="" type="checkbox"/> CVP () VM () CVC () SNG, SNE e GTT () Cateter de dialise () SVD () Drenos	
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência interna: () Enfermaria _____ () UTI _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Centro Cirúrgico</u>	
() Transferência externa: _____	
Médico assistente: _____	
AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE	
Data: <u>19/11/18</u> Hora: <u>09:25</u> h	
Avaliação de risco: Queda <input checked="" type="checkbox"/> LP <input checked="" type="checkbox"/> Flebite <input checked="" type="checkbox"/> Broncoaspiração <input checked="" type="checkbox"/> Perda de dispositivo <input checked="" type="checkbox"/>	
INTEGRIDADE DA PELE	
<input checked="" type="checkbox"/> Inteira Curativo: Local _____ Grau _____ () Lesão por pressão, especificar Local _____ Grau _____	
MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO	
<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, especificar: () Anticoagulante () Insulina () Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína.) () Sedativos (ex: benzodiazepínicos)	
NECESSIDADE DE ISOLAMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, tipo: () Contato () Respiratório () Reverso	
ALERGIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Medicamento: _____	
Objetos do paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, Especificar _____	
PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME	
<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, especificar _____	
RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)	RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)
Data e hora: <u>19/11/18</u> <u>Viviane M. C. Viana Teixeira</u> COREN-CE 308612 ENF	Data e hora: _____ <u>[Assinatura]</u>
OBSERVAÇÕES:	
Dieta _____	
Medicação de alto custo: _____	
Outros: _____	



ANTONIO
PRUDENTE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

Código:
FORMULÁRIO: 015

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1

Data de Revisão:
10/09/2018

Data da Elaboração:
22/02/2017

Nome do paciente: João Amaro Branca

Data de Nascimento: 13/01/1985

Nº do prontuário:

Data de admissão: 19/01/18

Leito: M03

Data da realização da escala: 19/01/18

Itens	Escore Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	Risco de queda entrelaxor	1	Não Sim	1
B	Condições de saúde	1 2 2	Sem doenças Crônicas Doenças Crônicas Doenças oportunistas	1
C	Estado de consciência e orientação	2 2 2	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 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-CE 308612 ENF

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

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

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

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

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

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

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

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

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

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 11:24

Paciente: JOAO AMARO BRAGA	Dt. Nasc.: 13/01/1985	Atendimento: 55001213	Prontuário: 16533875
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/3	
Profissional(is): LIDIA JOYCE PEREIRA COSTA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 162661113	Nº: 30414768	19/11/2018	às 11:23
CONTROLE VITAIS			
SINAIS VITAIS			
T	36.7 °C		[1]
Pulso	71 bpm		[1]
PA	120x80 mmHg		[1]
OUTROS DADOS E SINAIS			
GLICEMIA PELA FITA (DX)	94 mg/dL		[1]



AValiação de Risco Adulto

19/11/2018 10:10

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55001213

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

Profissional(is): VIVIANE MARY COSTA JANA ENFERMEIRO(A) COREN 308622/11 Nº: 30410032 19/11/2018 às 10:09

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

Viviane M. C. Faria Teixeira
COREN 308622/11 ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 10:08

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55001213

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

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

PACIENTE

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

PRÉ-OPERATÓRIO

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

NUTRICIONAL / METABÓLICO

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

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



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

19/11/2018 10:08

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55001213

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

ELIMINAÇÕES

Intestinais/ Urinárias

NEGA

[1]

SONO/REPOUSO

Concilia Sono e Repouso

Sim.

[1]

CONFORTO

Queixas de Dor

Não.

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

19/11/2018

[1]

Hora

10:08

[1]

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

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

FÓRMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 17:0

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

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome, dosagem, frequência NEGA

Alergia- Descrição NEGA

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento ENFERMEIRA GEYZE

Hora 16:20

Sala 05

Condições Da Pele ao início da cirurgia INTEGRA

Início Da Anestesia 16:20

Término Da Anestesia 17:10

Início Da Cirurgia 16:30

Término Da Cirurgia 17:05

Instrumentador NONATA PARTICULAR

Circulante JACQUELINE E VICTOR

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL

Membro Ou Lado A Ser Operado MSE

Numero Inicial De Compressas 10 UD

Numero Total De Compressas Inseridas 10 UD

Contagem Final De Compressas 10 UD

Clorexedine Alcoólico Sim

Clorexedine Degermante Sim

Álcool Sim

Éter Sim

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

Grau De Contaminação LIMPA

Encaminhamento Do Paciente SRPA

Encaminhamento Do Paciente

Horário De Saída Da S.O 17:30

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2 99 %

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 19/11/2018

Hora 17:00

FÓRMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

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 INTERCORRENCIA E ENCAMINHADA PARA S.R.P.A COM PRONTUARIO COMPLETO	[1]
Eletrodos	ACIMA DO PEITO	[1]
Incisão Cirúrgica	MSE	[1]
Dreno	NAO	[1]
Placa De Bisturi	NAO	[1]
Punções Venosas	MSE	[1]
Coxim	NAO	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		

19/11/2018 09:55

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 55001213

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

Profissional(is): VIVIANE M. C. VIANA ENFERMEIRO(A) COREN 308612 ENF Nº: 30408890 19/11/2018 às 09:52

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 19/11/2018 [1]

Hora Da Cirurgia 14:00 [1]

Cirurgia LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO [1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA [1]

Identidade Do Paciente Sim. [1]

Autorização Do Paciente Sim. [1]

Exames Complementares Sim. [1]

Exames Radiológicos Sim. [1]

Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada Sim. [1]

Confirmação De Reserva De Sangue Não. [1]

Tricotomia Até 2 Horas Antes Não. [1]

Higienização Sim. [1]

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



ANTONIO
PRUDENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu João Américo Braga, inscrito no CPF sob o nº 00961081341, na qualidade de () paciente - () responsável e representante legal (grau de parentesco: _____) declaro que fui devidamente informado pelo enfermeiro Wiviana Diana 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: João Américo Braga

Testemunhas:

Nome: _____

CPF Nº: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

CPF Nº: _____ Assinatura: _____

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

INSTRUMENTO PARTICULAR DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CONFISSÃO DE DÍVIDA

I - RESPONSÁVEL

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

Data nascimento : 13/01/1985
Fones : 997002032

II - ENTIDADE CREDORA

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

III - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

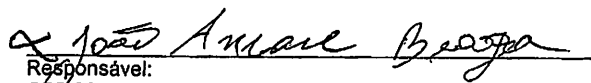
E por assim estarem justos e contratados firmam o presente em duas(2) vias de igual forma e teor, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

FORTALEZA - CE

19 NOVEMBRO DE 2018

TESTEMUNHAS

Nome:
CPF


Responsável:
CPF 961081341

Nome:
CPF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
CGC 5874946000109

TERMO DE RESPONSABILIDADE E OUTROS AJUSTES

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO AMARO BRAGA

RG: 98012032329

CPF: 961081341

Endereço: CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA CE 60540282

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

Nome: JOAO AMARO BRAGA

RG: 98012032329

CPF: 961081341

Endereço: CORONEL JOAO CORREIA 3372 BOM JARDIM FORTALEZA CE 60540282

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

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

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

30719100 FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO

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

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

FORTALEZA CE, 19 de NOVEMBRO, de 2018


Paciente ou Responsável Legal

TESTEMUNHAS



João Amaro Borges.

Paciente com Luxação do Cotovelo

ESQUERDO. Necessitando de Redução

INCIDENTE DE URGÊNCIA.

FORTALEZA 19/11/18

Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13798 TEOT 13005

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

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



ANTONIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

S531

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico .

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BRFID18I8S2K0
Solicitacao da Senha : 29/11/2018 07:43:41

R3002

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

192.85.4.101

19 FEV. 2019

1433 Braga

(4)



ANTONIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

S531

Código da Doença

19/11/2018

Local e Data

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

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

22/11/18
ate-

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BCOHU181800K0

R3002

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

20/11/2018 07:40

192.85.4.101


[Handwritten signature]



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
Rua do Ouvidor 1403
CRM 11538 RQE 796

Fortaleza, 29/11/2018

1433 Braga W



ANTONIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

S43

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM 12051

Dr. Jose Neias A. Ribeiro
Otorrinolaringologista
CRM 12051 / RJ 01/1994

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BSFC1818N1K0

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



ANTONIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

S531

Código da Doença

Local e Data

Dr. André Alcantara
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11538 RJCE 7387

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

19 FEV. 2019

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



NOME

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2008010066558 SSP

CE

CPF

048.217.413-77

DATA NASCIMENTO

18/06/1990

FILIAÇÃO

FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05034566735

VALIDADE

06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO

17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

16/10/2017

Igor Vasconcelos Ponte

IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905

CE161764037

CEARÁ

DENATRAN CONTRAN

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

Município 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: IPA

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,HDI.ZURICH,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 Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

19 FEV. 2019

11

, DE Fevereiro

, DE

2019.

João Amaro Braga



10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Montenegro, 70 - Monte Castelo - Fortaleza / CE - CEP 60.325-720
Fone: (85) 3223-9565 | Site: www.cartoriomoreiradeus.net.br
Tabelião: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:
JOÃO AMARO BRAGA
Dout. fé.
Fortaleza, 11/02/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Claudivan Farias de Pontes - Esc. Autorizado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061362/19

Vítima: JOAO AMARO BRAGA

CPF: 009.610.813-41

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO AMARO BRAGA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

JOAO AMARO BRAGA : 009.610.813-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: 009.610.813-41	Nome completo da vítima: 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
Bairro: BOM JARDIM	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE
E-mail: MC527310@gmail.com	CEP: 60543-325	Tel. (DDD): 85985296730

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1469	CONTA: 13064	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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)**:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

João Amaro Braga
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

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 Cristóvão**, 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,

ATO

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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

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

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

19 FEV. 2019



P-463784/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 85	PONTO DE APOIO: SEROT	Nº DA OCORRÊNCIA: 1238
DATA: 08/11/18	TURNO: Noite	EQUIPE: Camilo Silveira
NOME: João Amaro Braga	IDADE: 33	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua P... Costa e Silva 3557	BAIRRO: S. C. ...	
REFERÊNCIA:	QTY: 00:10	QUS: 00:15
	QUY: 00:40	QUU: 00:54
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR: _____
---	-------------------------------------	------------

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

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

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D Neurologia	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1 TOTAL: 5	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1

PÚPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E Exatidão	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Pac. c/ fratura em MSe com sangramento.	

SAMPLA

FC: 56	PA:	FR: 20	GLUC:	OXIM:	TEMP:
--------	-----	--------	-------	-------	-------

19.FEV. 2019

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão moto/moto, motociclista em
travessia de capote, nega síncope e/ou fratura de
extremidade e sangramento no HSE e/ou dor no
membro.

ASS. / COREN: *sf*

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: HAD ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: ☐ BOLETIM EMERG: ☐
☐ LIBERADO ☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O-TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO
ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

Carlos J. Talomancos Teixeira

EM: 1 / 1 às 1 hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: 1 / 1

TERMO DE RECUSA

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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/01/2019 12:25

Paciente: JOAO AMARO BRAGA

Dt. Nasc.: 13/01/1985

Atendimento: 54772264

Prontuário: 16533875

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

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

Nº: 29985615 08/11/2018 às 00:45

ANAMNESE

Queixa Principal

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

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

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

[1]

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO

[1]

CID10

S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

19 FEV. 2019

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082
Assinatura

Nº DO CLIENTE

4500879

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

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

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

559751219

Rota 19 01250 28 346600 - 5

Data de Emissão

28/01/2019

Nome JOAO AMARO BRAGA

End. Postal RU CEL JOAO CORREIA, 03372

BOM JARDIM - FORTALEZA - 60000000

Medidor 413715

Poste 0000 D90W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 009610813-41

CGF

Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Nov/2018 EUSD 40,93

Mês DICRI = 0,00 P

ICMS

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

Padrão Individual Apuração Individual

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 15392	15201	1,00	191	0,00	191	0,72504	138,48
28/01/19	27/12/18		32 DIAS		191		138,48

DESCRIÇÃO

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

VALOR (R\$)

138,48
10,10
22,90

19º FEV. 2019

VENCIMENTO

25/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

171,48

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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



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

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
7694250 DV **3**

VENCIMENTO
01/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
49,63

Rota 15 01230 30 0156300

Medidor

Poste

Nome ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

6601906

0000 X97S

Endereço Postal

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

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

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

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	0,58
CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560	17,30
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	23,83

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

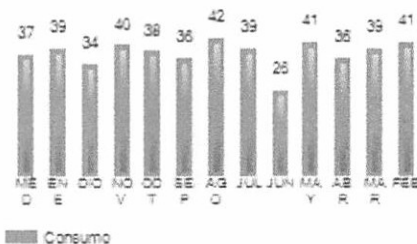
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,60

Conjunto

Mês NOV/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

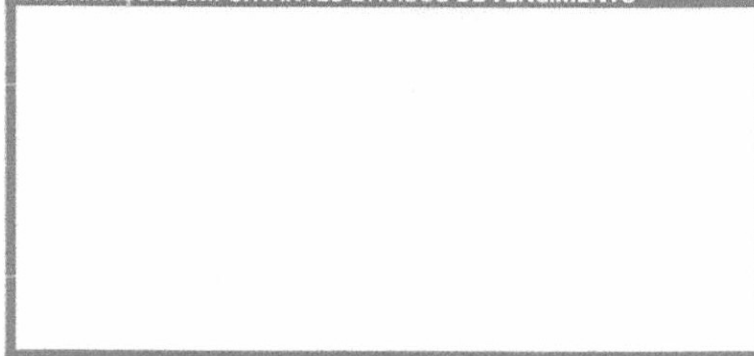


CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

7694250-3

N° da Nota Fiscal: 558926532

Data de Emissão:

12/02/2019

Referência: JAN/2019

Total a Pagar (R\$): 49,63

N° 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 nº9.613/98.

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.

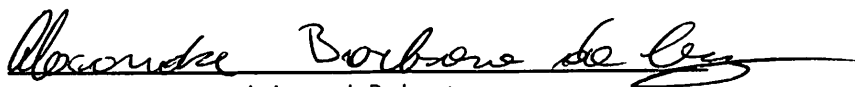
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

FORTALEZA, 12 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

19 FEB 2018



Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

B.O.

IPA
e
DAMS

NOME
JOAO AMARO BRAGA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
98012032329 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
009.610.813-41 13/01/1985

FILIAÇÃO
GENILVAL AMARO BRAGA

MARIA DO SOCORRO DE
JESUS AMARO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
A

Nº REGISTRO
05674218390

VALIDADE
14/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/12/2012

OBSERVAÇÕES
A ;

João Amaro Braga

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

58983541376
CE159940036

CEARÁ

Scanned by CamScanner

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: 009.610.813-41	Nome completo da vítima: 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
Bairro: BOM JARDIM	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE
E-mail: MC527310@gmail.com	CEP: 60543-325	Tel. (DDD): 85985296730

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1469	CONTA: 13064	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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)**:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

João Amaro Braga
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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

F.L.S. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2019100720

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 512 / 2019

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

Complemento:

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

Ponto de Referência:

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

RG: _____ Orgão Emissor: _____

UF: _____

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

CEP: _____

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

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

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** _____**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____**JOSE RODRIGUES JUNIOR**
08175438
304Assinado de forma digital por
JOSE RODRIGUES JUNIOR
A:160208175438304
Data: 2019.02.11 16:16:15
G:190**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

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

Pag. 00665/00666 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13982013