



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

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

Dados Básicos

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis
Beviláqua
Processo: 02947015520228060001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 07/02/2023 09:39:33

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2879573_CONTESTACAO_0
1 - 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2879573_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-33.pdf
Documentação: 2879573_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 34-68.pdf
Documentação: 2879573_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 69-105.pdf
Documentação: 2879573_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 106-135.pdf
Documentação: 2879573_CONTESTACAO_A
nexo_04 - 1-14.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1619 / 2021

Dados da Ocorrência

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

Dados da(s) Vitima(s)

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

Dados do(s) Veículo(s)

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

Histórico

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

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO:DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1619 / 2021

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature]

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

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

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

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

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

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

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

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

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



GUIA POLICIAL À PERICIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1619 / 2021

GUIA Nº 301 - 568 / 2021

FORTALEZA, 22 de Dezembro de 2021

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

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

Nome: **ANTONIO SOUZA DO CARMO**

Nacionalidade: **BRASIL**

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

Grau de Instrução: **ENSINO MÉDIO**

Filiação: **ANTONIO LOPES DO CARMO**

MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO

Documento de Identificação: **OUTROS**

Órgão Emissor: **PM**

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

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

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

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

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

Naturalidade: **FORTALEZA/CE**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Profissão: **SD POLICIA MILITAR**

Número: **30588010**

UF: **CE**

22/12/2021
13:07
27/12/23
27/12/23
27/12/23

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

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERICIA FORENSE

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



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



RELATÓRIO DE PESSOAL

DATA: 10/11/2020

Data: 10/11/2020

Turno: **A** Tipo: **ACIDENTE EM SERVIÇO**

Falta de Serviço

Policial: SD PM 28761 CARMO

Atestado?

SIM NÃO

Observações (Conste aqui as partes diversas)

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



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
 Governo do Estado do Ceará



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

CERTIDÃO

Nº 09 / 2021.

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

Quartel em Fortaleza, 26 de Abril de 2021

Recebi em: ____/____/2021

CPF/RG _____

Ademir de Sousa Pinto

Ademir de Sousa Pinto - ST BM

Matrícula: 113.811-1-1

Aux. Adm do BSU/CBMCE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria de Segurança Pública
e Defesa Social

Polícia Militar do Ceará



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

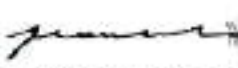
RESPONSÁVEL

SOLUÇÃO DE ATESTADO DE ORIGEM – (A.O)

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

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

Fortaleza-CE, 23 de dezembro de 2020.


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



ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO DADOS PESSOAIS

Atendimento 70438915

iIN | 2"

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

05/05/2021 17:20:00

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

DADOS DO CONVENIO

| | | | |
|-------------------|---|--|--|
| Convenio | 22 HAPVIDA | | |
| | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CUTI ENFERMARIA - COLETIVO | | |
| Carteira | Validade | | |
| 031F4601271008018 | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO/ASSINATURA MÉDICO

R4210RA (7) 165 MARLENE APALDO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Folha 22851
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:17

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

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

ANAMNESE

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

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

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
RESUMO DO PROTOCOLO

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

CONFERE CI PRONTUÁRIO
 FERNANDA BEZERRA MOREIRA
 Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:17

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

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

PACIENTE: ANTONIO INGENIERO | FECHA: 01/02/2023 | HORA: 18:14:49

ID: 00000001 | Nombre: ANTONIO | Fecha de nacimiento: 01/02/1988 | Sexo: MASCULINO

Documento: 00000001 | Tipo de documento: 10 | Fecha de emisión: 01/02/2023

| Documento | Identificación | Nombre de Paciente | Fecha de Emisión | Sexo |
|-----------|----------------|-------------------------|------------------|-----------|
| 00000001 | 00000001 | ANTONIO SOLIZADO GARCIA | 01/02/2023 | MASCULINO |

Tipo de documentos:

- 10 - Formulario de Análisis de Emergencia
- 2 - Receta Médica
- 3 - Receta Médica Especial
- 4 - Receta Médica
- 10 - Análisis de Laboratorio
- 11 - Diagnóstico
- 12 - Percepción Médica
- 13 - Solución de Paciente Médico
- 14 - Análisis de Paciente

| Fecha | Usuario | Apellido del Asignado |
|------------|---------|-----------------------|
| 01/02/2023 | ANTONIO | SOLIZADO |

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

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

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

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

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

CONFERE CI PRONTUARIO
 [Firma]
 Assinatura 18:14:49

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

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

HOSPITAL
ANA LIMA

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

ATESTADO MÉDICO

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

MORB

Código da Doença

401.11 | 2020

Local e Data

Assinatura do Médico

JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

CRM 15434

Aceite e Colocação do CID. Assinado US

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

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

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

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

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



ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

M28

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

BRUNO DE BRITO BOTELHO

CRM 9329



Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BNJPC2U7F1K0

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

ATENDIMENTO MÉDICO

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

HDA/Exame Físico:

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

ALTA

Data: 11/11/2020 12:53

EVOLUÇÃO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
 RAI TIRADA

SISTEMA E-SUS
 DATA: 06/11/2021
 MATRÍCULA: 51022
 SERVIDOR (A)

EXAME

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

PRESCRIÇÃO

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

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

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta
 Observação
 Referência para:
 Óbito

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



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71222348

!j9:S"

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

05/05/2021 17:21:32

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

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

RACIONAL - R. 107 - MARLENE APALIXO FERREIRA

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:29

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:26

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:20

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:20

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

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

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

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

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

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

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

Nome: 11/06/2017 Assinatura: 11/22/2023 Médico: alexia.pvital
 Data: 01/02/2023 Horário: 18:14:49
 Endereço: Rua...

DOCUMENTOS
 Descrição: Atendimento em Emergência
 Data: 01/02/2023
 Hora: 18:14:49

Tipos de documentos
 - [x] Atendimento em Emergência
 - [] Atendimento Médico
 - [] Atendimento Médico Especial
 - [] Atendimento Médico
 - [] Atendimento Médico
 - [] Atendimento Médico
 - [] Atendimento Médico
 - [] Atendimento Médico
 - [] Atendimento Médico

Visualizar
 Descrição: Atendimento em Emergência
 Data: 01/02/2023
 Hora: 18:14:49

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

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

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

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

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



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71568750

!j[zU"

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

05/05/2021 17:22:01

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

843109A-01.05 MARLENE APALDO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:21

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/05/2021 09:21

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

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

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

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

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

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

COMPANHIA SANEAMENTO PERNAMBUCO - TERCIA - USR - 040020102030 - 28.002.0004

RM USR: 02043011 | Atividade: 1128763 | Matrícula: | | CEP: | Histórico:
 Data Rec: 01/02/2023 | Fornecedor: | Contato: | | 13480 | 13588
 Centro: | Atendimento com esta atividade ativa | Atendimento limitado pela unidade | Atendimento limitado pela infraestrutura

Documentos

| Descrição do Documento | Assessoria Responsável | Nome do Paciente | Data de Emissão | Ass |
|---|------------------------|------------------------|-----------------|--------------|
| Formulário de Atendimento na Emergência | FIMES DE VASQUEL | ANTONIO SILVA DO CARMO | 01/02/2023 | SAR 18:14:49 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | Nome do Paciente: MARIA FRANCY SILVA DO CARMO | Data de Emissão: 01/02/2023

Tipos de documentos

- 1- Registros Médicos
- 2- Formulário de Atendimento na Emergência**
- 7- Prescrição Médica
- 14- Receita Médica Especial
- 8- Receita Médica
- 10- Histórico Médico
- 11- Certificação
- 6- Posicionamento Médico
- 8- Solicitação de Parecer Médico
- 4- Admissão do Paciente

Miscelânea

| Descrição | Profissional | Unidade | Assessoria |
|--------------|--------------|---------|------------|
| 190102101940 | | | ASSIST |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

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

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

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



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71740478

!jm'q"

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

05/05/2021 17:22:30

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

043109A (7.30) MARLENE ARAUJO FERREIRA



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

03/12/2020 13:16

| | | | | |
|--|-------------------------|-----------------------------|--------------|-------|
| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
| 174-8-331 | ANTONIO SOLIZA DO CARMO | M | 30/05/1986 | 34 |
| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil | |
| 30688010 SSP CE | 4213433382 | | 1-CASADO | |
| Endereço | | | | |
| AV B 200 JEREISSATE 3 MARACANAÚ-CE CEP:6100000 | | | | |
| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | Nome da Mãe | | |
| 96273528 | | MARIA FRANCY SOUZA DO CARMO | | |

DADOS DO ATENDIMENTO

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

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

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

NOTA DE SALA

5186807

| | | | | | |
|------------------------|----------------------------|--|---------------------------|--|----------------|
| Atendimento: | 7052206 | Prontuário: | 17441331 | ANTONIO SOUZA DO CARMO | HAPVIDA |
| Cirurgia(s): | 40738056 | RECONSTRUÇÃO, RETENCIÓNAMENTO OU REFORÇO | Tipo Anestesia: | BLOQ PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA | |
| | 00738013 | SINOVECTOMIA TOTAL DO COXOVELO | 00731119 | TENOPLASTIA ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO | |
| | 00731080 | TENOLOSE | | | |
| Sala Cirúrgica: | SALA CC 02 | Sector Emitante: | CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | Apfo.: | H017 |
| Equipe Médica: | CIRURGAO | 803400 | BRUNO DE BRITO BOTELHO | CRM | 9329 |
| | PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO | 1570825 | DAVI MARINHO DE ARAUJO | CRM | 13177 |
| | ANESTESISTA | 20410339 | NELDO BEZERRA MARTINS | CRM | 3380 |

| Código | Especificação | Qtd | Código | Especificação | Qtd |
|--------------------------------------|--|------|---------------------|---|--------------------------|
| Materiais Médico-Hospitalares | | | Medicamentos | | |
| 31730 | AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML | 40 | 118895 | CISATRACURIO 10MG/ML SOL INJ AMPL AMPL 5 ML | 2 |
| 81371 | AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 1324.5 - 1 UD | 1 | 38008 | DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML | 2 |
| 27855 | AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD | 1 | 143419 | FENTANILA 50MG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML | 1 |
| 32450 | AGULHA DESCARTAVEL 40X17 - 1 UD | 1 | 42912 | KEFazol FRAP 1 UD | 2 |
| 034865 | AGULHA STIMPLEX 30 G-22X2 - 1 UD | 1 | 81529 | NAROPIN SP 7,5MG 20 ML AMPL 20 ML | 1 |
| 81738 | ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML | 50 | 134158 | NOVABRUSIAD 0,5% FRAP 1 UD | 1 |
| 81061 | ALGODAO HIDROFLO - 500 GR | 40 | 120105 | ONDANSERONINA 8MG 4 ML AMPL 4 ML | 1 |
| 27020 | ARRUELA R MONITOR DESCARTAVEL CII - 1 UD | 5 | 48542 | PROPOFOL 10MG/ML ML AMPL 20ML AMPL 20 ML | 4 |
| 71044 | ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD | 3 | 43784 | SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML | 1 |
| 152357 | CAMPIC IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD | 2 | 43880 | SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML | 2 |
| 81060 | CAMEIA DESCARTAVEL PI 88TURI - 1 UD | 1 | 38043 | TRAMADOL 100MG/ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML | 1 |
| 30162 | CATETER DE OXIGENIO - 1 UD | 5 | 48231 | XILOCAINA CIRD 2% 20 ML FRAP 20 ML | 1 |
| 30201 | CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD | 1 | | | |
| 133865 | CLOREXEDINA 0,2% AQUEOSA FRAS 1000 ML | 1,50 | | | |
| 133866 | CLOREXEDINA 0,8% ALCOOLICA FRAS 1000 ML | 1,50 | | | |
| 112212 | CLOREXEDINA DERMOMANIE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML | 200 | | | |
| 135880 | COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERL CII 90 - 1 UD | 5 | | | |
| 134084 | EQUIPO SIMPLES GUNJETOR LATERAL - 1 UD | 1 | 16 | Gases e Aparelhos | |
| 50657 | ESPARADRAPO IMPERMEAVEL 10CMX4,5M TUBO 450 CM | 50 | 4 | TAXA DE SALA | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 130804 | EXTENSOR 120 CM (18M) RINCO - 1 UD | 1 | 20 | PREPARO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 130823 | EXTENSOR 80 CM CII VAS - 1 UD | 1 | 15 | OXIGENIO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 116496 | FIO MONONYLON (I) 1637 - EMBON BR 3-0 ENV 1 UD | 1 | 16 | BISTURI ELÉTRICO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 157825 | FIO Q VICRYL (PG1200) - POLYGLACTIN VIT 2 ENV 1 UD | 1 | 22 | MONITORIZACAO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 103859 | FIO Q - POLY9K VICRYL ENV 1 UD | 1 | 26 | OXIMETRO DE PULSO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 133205 | GAZE 12X10 (STERE) PCT CII6 PCT 1 UD | 4 | | STIMPLEX | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 50857 | GORRO DESCARTAVEL PCT 80 UD | 5 | | | |
| 60944 | LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD | 2 | | | |
| 30835 | LAVA DE PROCEDIMENTO M CX 30 PA | 1 | | | |
| 30851 | LAVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA | 3 | | | |
| 30860 | LAVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA | 3 | | | |
| 30866 | LAVA DESC ESTERIL N-8,5 - 1 PA | 3 | | | |
| 30124 | MALHA TUBULAR 10 CM RCOE 1500 CM | 100 | | | |
| 50922 | MASCARA DESCARTAVEL TRPLA CAMADA CII FRAS PCT 50 UD | 5 | | | |
| 81004 | MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM | 120 | | | |
| 120454 | PARAFUSO DE ANCORA - 1 UD | 1 | | | |
| 130973 | PLACA DESCARTAVEL PBISTURI ADULTO - 1 UD | 1 | | | |
| 80849 | PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD | 5 | | | |
| 30864 | SERINGA DESC: 10 ML LUBR SUP USA SERI 10 ML | 1 | | | |
| 30868 | SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML | 1 | | | |
| 30873 | SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML | 1 | | | |
| 09430 | ULTRA GEL GL 5000 GR | 30 | | | |

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

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

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

FICHA DE ANESTESIA



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

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

LIQUIDOS: E A E
 CARDIOSCOPIO PRESSÃO NÃO INVASIVA CAPNOGRAFO OXIMETRO DE PULSO PRESSÃO INVASIVA



| DRUGAS | QUANTIDADE | EVENTO |
|-----------------------------|------------|---|
| 1. Xilocaine 2% S/A | 0 | Indução e manutenção, 4/10ml |
| 2. Novo Ringer C, S.C. 1/10 | 10 | Manutenção, 10ml |
| 3. Fentanil | 11 | de 10ml 100mcg/ml 10ml + 100mcg |
| 4. Ultraxolam | 12 | manutenção 10ml 100mcg/ml 10ml + 100mcg |
| 5. Propofol | 13 | Realizado bloqueio de fratura |
| 6. Neptazid | 14 | realizado sedação com 1ml SRA |
| 7. | 15 | |
| 8. | 16 | PA = 120x80 |
| 9. | 17 | SP02 = 98% |
| 10. | 18 | FC = 86 |

| LIQUIDOS | VOLUME | PERÍODOS | VOLUME | BALANÇO | Emissão: | Oro | Massa | Bovite |
|--------------------|------------|----------|--------|---------|----------------|---|---------------------------------|----------------------------------|
| CaF 500mg | 100.0ml | | | | Respirador | <input checked="" type="checkbox"/> Espont | <input type="checkbox"/> Assist | <input type="checkbox"/> Mecânic |
| Propofol | 50.0ml | | | | Adsorvedor de: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Com | |
| | | | | | Posição: | <input checked="" type="checkbox"/> Local de Punção | | |
| | | | | | Agulha: | | | |
| Condição final op: | Satisfeito | | | | Início: | 17:10h | Fim: | 18:30h |
| | | | | | Duração: | 1h 20h | | |

Intercorrências por. op: não
 Ass. Anestesiista - CRM: Hélio 3380

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:25

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

 Dr Bruno Botelho
 Ortopedi e Traumatologia
 CRM 9329/RCS 4498

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 17:28

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

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

DADOS DA ADMISSÃO

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

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

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

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

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

Geze Saldanha
Enfermeira
COREN-CE: 499.144

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 17:29

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:30

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

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

PACIENTE

Data De Admissão: 02/12/2020 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia: Eletiva [1]

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

Procedimento Cirúrgico Proposto: FRATURA DE COTOVELO [1]

Pulseira De Identificação: MSD [1]

Comorbidades: NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência: KEFAZOL 250 [1]

Alergia- Descrição: NEGA [1]

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recobrimento: ENF GEYZE [1]

Hora: 17:05 [1]

Sala: 06 [1]

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

Início Da Anestesia: 17:10 [1]

Término Da Anestesia: 18:30 [1]

Início Da Cirurgia: 17:45 [1]

Término Da Cirurgia: 18:20 [1]

Instrumentador: LIA [1]

Circulante: ANDRÉIA E KARLA [1]

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

Membro Ou Lado A Ser Operado: ESQUERDO [1]

Numero Inicial De Compressas: 20 UD [1]

Contagem Final De Compressas: 20 UD [1]

Clorexidina Alcolico: Sim [1]

Clorexidina Degermante: Sim [1]

Tipo: Elétrico [1]

Numero De Série: 05093 [1]

Cocho Térmico: Não utilizou [1]

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

Grau De Contaminação: LIMPA [1]

Encaminhamento Do Paciente: SRPA [1]

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

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

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

Prontuário: 17441351

4014 J.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

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

Prescritor: CRM-9329

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

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20,83 ml/Kcal/dia

500ml

09/12 - 01:00

Prescritor: CRM-9329

3. CEFALAZOLINA SODICA (100g) 1g 1 FRAP FRAP C/100ml 8/8h EV

Água Destilada 10ml

8/8h

03/12 - 06:00

:

Prescritor: CRM-9329

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

Soro Fisiológico 0,9% 100ml

100mg

8/8h

03/12 - 05:00

:

Prescritor: CRM-9329

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

Água Destilada 18ml

1000mg

8/8h

03/12 - 05:00

:

Prescritor: CRM-9329

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

Soro Fisiológico 0,9% 100ml

100mg

8/8h

03/12 - 04:00

:

Ata vigilância

Prescritor: CRM-9329

7. PLAMLET (5,00mg/ml) 10mg 2 ML (AMP C/ 100MG) 8/8h EV

Água Destilada 18ml

10mg

8/8h

03/12 - 04:00

:

Prescritor: CRM-9329

8. PUNICAO C/ JELCO

Prescritor: CRM-9329

SN

9. SINAIS VITAIS

Prescritor: CRM-9329

[Handwritten Signature]
 Ticiano Barros de Sousa
 Farmacêutica
 Hospital Santa Helena



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:

Mantido: Não Mantido:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Mantido:

Mantido: Não Mantido:

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR Mantido:

Mantido: Não Mantido:

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido:

Mantido: Não Mantido:

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS Mantido:

Mantido: Não Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:

Mantido: Não Mantido:

Alexia
Alexia Barrios de Sousa
Enfermeira
CRP 12.051/0

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

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

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

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

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

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Ticiânia Barros de Sousa
Ticiânia Barros de Sousa
Enfermeira
CRP 594845

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

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

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

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

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



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
02/12/2020 20:28

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

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

| | | |
|---------------------------------|--------|--------|
| MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL | Mãrdo: | [x] OK |
| ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA | Mãrdo: | [x] OK |

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

| | | |
|---------------|--------|--|
| SINAIS VITAIS | Mãrdo: | |
|---------------|--------|--|

II - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

| | | |
|-----------------------------|--------|--|
| OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS | Mãrdo: | |
|-----------------------------|--------|--|

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

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

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

Alexia
Pró. Alexia Privata
01/02/2023 18:14:49

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

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



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

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

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

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

Alexia
Enfermeira
C.R.E. 01/02/2023

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2020 01:51

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

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

Ticiano
 Ticiano de Sousa
 Enfermeiro
 COREN 594845

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 16:24

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|------------|------------------------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Paciente: | ANTONIO SOUZA DO CARMO | Dt. Nasc.: | 30/05/1986 | Atendimento: | 70522046 | Prontuário: | 17441331 |
| Convênio: | HAPVIDA | Posto: | RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE | Leito: | 211-RP/1 | | |
| Profissional(a): | SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 (1) | | | Nº: | 01579058 | 02/12/2020 | ** 20:23 |
| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
| Perfil Epidemiológico Covid19 | Paciente Não Covid. | | | | | | (1) |
| Evolução de enfermagem | 20:00 - A.S.C., 34 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE TIG CIRÚRGICO DE LESÃO DO TRÍCEPS NO BRAÇO ESQUERDO COM DR BRUNO BOTELHO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO + SEDAÇÃO COM DR HÉLDO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE E SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E CVP EM MSD PÉRVIO PARA HV + TM. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. CURATIVO EM FO INTEGRO, LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO. SSVV: PA: 115 X 70 MMHG, FC: 76 BPM, FR: 15 MRP/M, SATO2: 100%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482. | | | | | | (1) |
| ALERGIAS | | | | | | | |
| Alergias | NEGA | | | | | | (1) |
| AVALIAÇÃO DE DOR | | | | | | | |
| Dor (0 A 10) | 0 | | | | | | (1) |
| DISPOSITIVOS | | | | | | | |
| Acesso Venoso Periférico | Sim | | | | | | (1) |


Alexia
Enfermeira
01/12/2020

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO
Convale: HAPVIDA
Pacote POSTO 4B - HAP OR
Dr. Name: 30051986
R# Prescrição: 26786649
Data: 01/12/2023 às 06:00
Atendimento: 70522066
Prontuário: 17441331
Peso: 80,00 kg
1. DETA: GERAL-ADULTO (PARA A IDADE) 333 GERAL

| Item | Medicamento | Quantidade | Forma | Via | Observações | CRM |
|------|--|-----------------|-------|-----|-------------|----------|
| 2 | Injeção Venosa Fase Líquida SORO FISIOLOGICO 0,9% (D20) | 20x3 | ml | 700 | garam | CRM-8260 |
| 3 | CETOPROFENOLO (100,00mg) (D20) | 1g | ml | EV | | CRM-8260 |
| 4 | CETOPROFENOLO (100,00mg) Soro Fisioologico 0,9% | 100mg 100 ml | ml | EV | | CRM-8260 |
| 5 | DIPSONA AMP (500,00mg) Agua Destilada | 1000mg 18 ml | ml | EV | | CRM-8260 |
| 6 | TRAMADOL (500,00mg) Soro Fisioologico 0,9% Agua vaginal | 100mg 100 ml | ml | EV | | CRM-8260 |
| 7 | FLAVET 6,00mg/ml Agua Destilada | 10mg 18 ml | ml | EV | | CRM-8260 |
| 8 | SINAIS VIRAIS | | | | | |
| 9 | CUIDATIVO COM ATENÇÃO E GAZE ACCOCHONDA MENTIDO ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO | | | | | CRM-8260 |
| 10 | Atm em: 03/12/2020 | | | | | CRM-8260 |

Profissionais: CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia, Traumatologia
CRM: 8260

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 15:27

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

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

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

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

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

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

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 RQE 4628

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:25

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

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

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

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

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 RQE 4498

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2020 11:08

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

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

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

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

Rafael Bezerril Nogueira
Rafael Bezerril Nogueira
CRM 8260
Otorrinolaringologista

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

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

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

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

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

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



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

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

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

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

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

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

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: ANTONIO SOUZA DO CARMO RG: _____

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

Fortaleza, 02 de DEZEMBRO de 2020

Antonio Souza do Carmo
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

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

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


Fortaleza, 02 de Dezembro de 2020

Bruno Silva
Assinatura/ Carimbo do Médico

Preencher quando não houver etiqueta:

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

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

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

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

AValiação CLÍNICA

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

Comentários sobre os achados: _____

| | | |
|---------------------|-----------------|--------------|
| Assinatura | DATA | HORA |
| <u>[Assinatura]</u> | <u>02/11/20</u> | <u>16:08</u> |
| Assinatura | DATA | HORA |
| <u>[Assinatura]</u> | <u>02/11/20</u> | <u>16:08</u> |



DECLARAÇÃO DE ESCLARECIMENTO MÉDICO

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

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

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

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

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

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

_____ de _____ de _____

DR(A). _____
CRM/ No. _____

Dr. Daniel Roberto
Orcovani e Tomazazzo
CRM 3122 RCE 4480

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE EXECUÇÃO DE
PROCEDIMENTO MÉDICO

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

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

_____ de _____ de _____

Antonio Saiz de Lima
BENEFICIÁRIO(A)



hapvida

Faz bem pra você

(Preencher quando não houver o(a)guia)

Nome completo (paciente): Antônio Souza de Sá

CPF: 4213423382 Data de Nascimento: 20/05/1986

Médico: [assinatura]

CRM: 3330

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

a seguinte alternativa anestésica: [assinatura]

Declaro ainda que:

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

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

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

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

[assinatura]

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

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

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

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

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

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

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

Não se aplica

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

3. Termos:

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

4. SSVV:

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:22

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:22

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:23

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: ANTONIO SOUZA DO GARMO | Dt. Nasc.: 30/05/1985 | Atendimento: 71740478 | Prontuário: 17441331 |
| Convênio: HAPVIDA | Posto: | Leito: / | |
| Profissional(s): BRUNO DE BRITO BOTEELHO CRM RR99[1] | | Nº: 64138230 | 26/01/2021 às 10:28 |
| CONDIÇÕES DE ALTA | | | |
| Alta do Paciente | Sim | | (1) |
| DATA/HORA DA ALTA | | | |
| Data Da Alta | 26/01/2021 | | (1) |
| Hora Da Alta | 10:28 | | (1) |

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:23

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OPORTUNIDADE ANTICOMPETENTE - UNICOR - UNMS - OAS/UNIC/UNO/149 - 2023/02/01

| | | | | | | | |
|----------------|--|-----------------|----------|---|---|--------------|-----------------|
| DATA | 20/02/2023 | Mesoramo | 72714178 | RAZÃO DO APOSTAR | | | |
| DATA DO | 20/02/2023 | PROPOSTA | | CATEGORIA | | | |
| COMET | <input type="checkbox"/> Medicamentos com alto desempenho <input type="checkbox"/> Medicamentos com parâmetros de qualidade | | | <input type="checkbox"/> Medicamentos liberados para circulação | <input type="checkbox"/> Medicamentos liberados para circulação | PFM | MESORAMO |
| | | | | | | TIAMO | TECRA |

| SEQUENCIA | ARMazenamento (Revisão) | Nome do Paciente | Dt Nascimento (Local) | SEX |
|------------------|--------------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------|
| 01 | F179418 - 4234704 | ANTONIO GUILZA DO CARMO | 2009-08-05 | MAR 13/1978 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Medicamentos de Referência de Atm: **Atm por Tipo de Medicamento:** **Nome do Atm:** **Data de Atm:**
 MARIA FRANCES GUILZA DO CARMO

| Tipo de documento | Visualizar | Imprimir Tipo Assinado |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Registro Médico | <input type="checkbox"/> Data Hora | <input type="checkbox"/> Assinatura |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 Formulário de Atendimento ao Beneficiário | <input type="checkbox"/> 2023-02-14 08:50 | <input type="checkbox"/> Assinado |
| <input type="checkbox"/> 7 Prescrição Médica | <input type="checkbox"/> 2023-02-14 08:50 | <input type="checkbox"/> Assinado |
| <input type="checkbox"/> 14 Recibo Médica Especial | <input type="checkbox"/> 2023-02-14 08:50 | <input type="checkbox"/> Assinado |
| <input type="checkbox"/> 8 Recibo Médico | | |
| <input type="checkbox"/> 10 Atestado Médico | | |
| <input type="checkbox"/> 11 Declarações | | |
| <input type="checkbox"/> 6 Parâmetros Médicos | | |
| <input type="checkbox"/> 0 Solicitação de Parecer Médico | | |
| <input type="checkbox"/> 4 Admissão do Paciente | | |

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

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

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

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

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

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



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
70814939

!itTJ"

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

05/05/2021 17:21:02

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA-01.005 MARLENE ARAUJO FERREIRA

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:18

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:18

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

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

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

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

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

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

IDENTIFICACION DE PACIENTE: 7814033 MARCHA ASISTENCIAL: FECHA: 01/02/2023 HORA: 18:14:49

ASL-0000978/22 alexia.pvital

Documentos

| Identificación del Documento | Identificación del Paciente | Identificación del Profesional | Identificación del Documento | Identificación del Documento |
|---|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 12 Formularios de Anamnesis en Casos Clínicos | 7814033-0000978/22 | ANTONIO ESTEBAN DE CARLOS | 01/02/2023 18:14:49 | 01/02/2023 18:14:49 |
| 7 Prontuario Médico | | | | |
| 12 Retiro Médico Especial | | | | |
| 9 Retiro Médico | | | | |
| 10 Retiro Médico | | | | |
| 11 Descripciones | | | | |
| 6 Planes de Atención | | | | |
| 5 Evaluación de Pacientes | | | | |
| 4 Actas de Pacientes | | | | |

Tipos de documentos

- 12 Formularios de Anamnesis en Casos Clínicos
- 7 Prontuario Médico
- 12 Retiro Médico Especial
- 9 Retiro Médico
- 10 Retiro Médico
- 11 Descripciones
- 6 Planes de Atención
- 5 Evaluación de Pacientes
- 4 Actas de Pacientes

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

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

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

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

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

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

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



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

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

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

ATESTADO MÉDICO

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

Fortaleza, 26 de janeiro de 2021

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

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

ATESTADO MÉDICO

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

Fortaleza, 23 de MARÇO de 2021

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

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

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia Traumatologia
CRM 9329 RQE 4498

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

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

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

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

PRO PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA

61939-915 MARACANAU - CE

ATTESTAÇÃO

EM 21/05/2020

COM O

CRISTÓFORO

DE

198853-1-XI PM-CE

ATESTADO MÉDICO

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

do da Doença

40/11/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

DR RAULO PINHEIRO DE ARAUJO

Colocação da CID Assinado us

de Autenticação BOHOQ1017R312

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

Emergência Reg. 5357066

Antonia Souza da Cunha

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

da pista Neurológica, não sendo constatada
uma paralisia de Neurológica. Recomeço
assim de atividades laborais
em 7 dias.

es.

Dr. D. S. S. S.

[Handwritten signature]

AUTENTICAÇÃO
EM 21/05/2021
GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
RUA DO ROSARIO, 156 - LARANJEIROS - RJ

11 de 11 de 2007

Planilha - CAN Antonia Souza da Cunha

Dr. Renato
Neuro
CPER

4003271008

ANTONIO Souza do Carmo

Dr. João Pedro
Ortopedia e Traumatologia
TEO 15033
CREMOP 14134

2

24 - RACIÃO DE INTERFERÊNCIA
1 - Amplitude 2 - Resistência 3 - Dor

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

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

23 - LOCALIDADE RESIDENCIAL
1 - Endereço na cidade residência ou trabalho 2 - Cidade 3 - Estado

25 - DD / MM / AA
26 - DD / MM / AA
27 - DD / MM / AA

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

| PROCEDIMENTO | QUANTIDADE | VALOR |
|-----------------------------------|------------|-------|
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR COTOVELHO | | |
| SINOECTOMIA DO COTOVELHO | 01 | |
| TENOPLASTIA DO COTOVELHO | 01 | |
| TENOSES DO COTOVELHO | 01 | |

DIAGNÓSTICO

28 - ANAMNESE
29 - EXAME FÍSICO
30 - EXAME DE LABORATÓRIO
31 - EXAME DE IMAGEM

32 - ANOMALIAS ENCONTRADAS 02

AUTENTICAÇÃO
EMILIO DE SOUZA
CONDOMÍNIO...
RUA...
Cidade...
Estado...

SIGNATURA DO AUTÓGRAFO

33 - ASSINATURA DO MÉDICO

PACIENTE SEM ORDEM AGU DO REGISTRO
AGENCIAMENTO PARA O TESTE



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg. 5357066

O(S) (a) Antônia Souza da Costa

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 10/11/2020, às 18:53h

Tendo como causa do socorro relato de acidente de moto.

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

Observações:

CID-10: S09

Fortaleza, 11 de 11 de 20020

Médico de Plantão - CRM: Adell NGA

CPF: _____

Resposta do Medico de Emergência Reg. do

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

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

Vicente Evangelista Duarte
2º Ten. (SDAPM)
Mat. 108.853-1-K / PM CE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

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

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

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

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



ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO DADOS PESSOAIS

Atendimento 70438915

iIN | 2"

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

05/05/2021 17:20:00

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO/ ASSINATURA MEDICO

RA2109A (1) 165 MARLENE APALDO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUARIO
Folha 22851
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/06/2021 09:17

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

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

ANAMNESE

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

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

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
RESUMO DO PROTOCOLO

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

CONFERE CI PRONTUÁRIO
FERNANDA BEZERRA MOREIRA
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:17

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONFERE CI PRONTUARIO
Paula Costa
 Assinatura

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

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

HOSPITAL
ANA LIMA

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

ATESTADO MÉDICO

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

M028

Código da Doença

401.11 | 2do

Local e Data

Assinatura do Médico

JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

CRM 15434

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

Aceite e Colocação do CID. Assinado US

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

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

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



ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

M28

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

BRUNO DE BRITO BOTELHO

CRM 9329



Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BNJPC2U7F1K0

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

ATENDIMENTO MÉDICO

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

HDA/Exame Físico:

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

ALTA

Data: 11/11/2020 12:53

EVOLUÇÃO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
 RAI TIRADA

SISTEMA E-SUS
 DATA: 06/04/2021
 MATRÍCULA: 51022
 SERVIDOR (A)

EXAME

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

PRESCRIÇÃO

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

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

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta
 Observação
 Referência para:
 Óbito

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



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71222348

!j9:S"

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

05/05/2021 17:21:32

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

RAIZONIA - R. 107 MARLENE APALIXO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:26

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:20

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:20

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

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

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

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

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

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

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

Data atual: 01/02/2023 18:17:28 | Usuário: alexia.pvital | IP: 192.168.1.100

Nome: [] | Sobrenome: [] | Endereço: [] | Cidade: [] | Estado: [] | CEP: []

Data de nascimento: [] | Profissão: [] | Escolaridade: [] | Situação de emprego: []

Documentos:

| Descrição | Data de emissão | Data de validade | Valor |
|----------------------------|-----------------|------------------|--------|
| 1 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 2 - Recibo Médico Especial | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 150,00 |
| 3 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 4 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 5 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 6 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 7 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 8 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 9 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 10 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 11 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 12 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 13 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 14 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 15 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 16 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 17 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 18 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 19 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |
| 20 - Recibo Médico | 01/02/2023 | 31/01/2024 | 100,00 |

Tipo de documento: []

Valor: []

Data de emissão: []

Data de validade: []

Valor: []

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

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

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

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

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



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71568750

!j[zU"

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

05/05/2021 17:22:01

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARMO/ ASSINATURA MÉDICO

R4310RA-01105 MARLENE APALDO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:21

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:21

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

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

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

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

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

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

Nº do Utilizador: 02063051 | Nome: ALICEIA | Nº de Registo: 1122753 | Nº de Registo Profissional: 1122753 | Nº de Registo Profissional: 1122753

Data: 01/02/2023 | Hora: 18:17:28

Centro: | Nº de Registo Profissional: 1122753 | Nº de Registo Profissional: 1122753

Documentos:

| Descrição | Assessoria Médica | Nome do Paciente | Data de Emissão | Ass |
|---|-------------------|------------------------|-----------------|---------|
| Formulário de Atendimento na Emergência | 1122753 | ANTONIO SILVA DO CARMO | 01/02/2023 | 1122753 |

Tipo de documentos:

- 1 Registo Médico
- 2 Formulário de Atendimento na Emergência
- 7 Prescrição Médica
- 14 Receta Médica Especial
- 8 Receta Médica
- 10 Gestão Médica
- 11 Certificação
- 6 Posicionamento Médico
- 8 Solicitação de Parecer Médico
- 4 Admissão do Paciente

Detalhes do Documento:

| Assessoria Médica | Nome do Paciente | Data de Emissão | Ass |
|-------------------|------------------------|-----------------|---------|
| 1122753 | ANTONIO SILVA DO CARMO | 01/02/2023 | 1122753 |

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

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

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

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

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



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
71740478

!jm'q"

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

05/05/2021 17:22:30

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

043109A (7.30) MARLENE ARAUJO FERREIRA



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

03/12/2020 13:16

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

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

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

NOTA DE SALA

5186807

| | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|--|---|---------------------------------|----------------|
| Atendimento: | 7052206 | Prontuário: | 17441331 | ANTONIO SOUZA DO CARMO | HAPVIDA |
| Cirurgia(s): | 40738056 | RECONSTRUÇÃO, RETENCIÓNAMENTO OU REFORÇO | Tipo Anestesia: BLOQ PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA | | |
| | 00738013 | SINOVECTOMIA TOTAL DO COXOVELO | 00731119 | TENOPLASTIA ENXERTO DE TENDÃO - | |
| | 00731080 | TENOLOSE | | TRATAMENTO CIRURGICO | |
| Sala Cirúrgica: | SALA CC 02 | Sector Emitante: | CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | Apfo.: | H017 |
| Equipe Médica: | CIRURGIÃO | 803400 | BRUNO DE BRITO BOTELHO | CRM | 9029 |
| | PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO | 1570825 | DAVI MARINHO DE ARAUJO | CRM | 13177 |
| | ANESTESISTA | 20410339 | NELDO BEZERRA MARTINS | CRM | 3380 |

| Código | Especificação | Qtd | Código | Especificação | Qtd |
|--------------------------------------|---|------|---------------------|--|--------------------------|
| Materiais Médico-Hospitalares | | | Medicamentos | | |
| 31730 | AGUA OMOGENADA FRAS 1000 ML | 40 | 118895 | CISATRACURIO 10MG/ML SOL INJ AMPL 5 ML | 2 |
| 81371 | AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 1324.5 - 1 UD | 1 | 38008 | DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML | 2 |
| 27855 | AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD | 1 | 143419 | FENTANILA 50MG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML | 1 |
| 32450 | AGULHA DESCARTAVEL 40X17 - 1 UD | 1 | 42912 | KEFazol FRAP 1 UD | 2 |
| 034865 | AGULHA STIMPLEX 30 G-22X2 - 1 UD | 1 | 81529 | NAROPIN SP 7,5MG 20 ML AMPL 20 ML | 1 |
| 81738 | ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML | 50 | 134158 | NOVABRUSIAD 0.5% FRAP 1 UD | 1 |
| 81061 | ALGODAO HIDROFLO - 500 GR | 40 | 120105 | ONDANSERONINA 8MG 4 ML AMPL 4 ML | 1 |
| 27020 | ARRUELA R MONITOR DESCARTAVEL CII - 1 UD | 5 | 48542 | PROPOFOL 10MG/ML ML AMPL 20ML AMPL 20 ML | 4 |
| 71044 | ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD | 3 | 43784 | SORO FISIOLOGICO 0.9% 1000 ML TUBO 1000 ML | 1 |
| 152357 | CAMPIC INFERNEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD | 2 | 43880 | SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML | 2 |
| 81060 | CAMISA DESCARTAVEL PI 88TUR - 1 UD | 1 | 38643 | TRAMADOL 100MG/ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML | 1 |
| 30163 | CATETER DE OXIGENIO - 1 UD | 1 | 48231 | XILOCAINA CIRD 2% 20 ML FRAP 20 ML | 1 |
| 30201 | CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD | 1 | | | |
| 133865 | CLOREXEDINA 0.2% AQUEOSA FRAS 1000 ML | 1,50 | | | |
| 133866 | CLOREXEDINA 0.8% ALCOOLICA FRAS 1000 ML | 1,50 | | | |
| 112212 | CLOREXEDINA DERMOEMANIE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML | 2,00 | | | |
| 135880 | COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERL CII 90 - 1 UD | 5 | | | |
| 114084 | EQUIPO SIMPLES GUNJETOR LATERAL - 1 UD | 1 | 16 | Gases e Aparelhos | |
| 50657 | ESPARADRAPO IMPERME 10CMX4,5M TUBO 460 CM | 50 | 4 | TAXA DE SALA | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 110804 | EXTENSOR 120 CM (18M) BIRFO - 1 UD | 1 | 20 | TREPANO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 130823 | EXTENSOR 80CM CII VAS - 1 UD | 1 | 15 | OXIGENIO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 116496 | FIO MONONYLON (I) 1637 - EMBON BR 3-0 ENV 1 UD | 1 | 16 | BISTURI ELÉTRICO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 161825 | FIO Q (VICRYL (PDS1200) - POLYGLACTIN VIT 2 ENV 1 UD | 1 | 22 | MONITORIZACAO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 161859 | FIO Q - PDS10K VICRYL ENV 1 UD | 1 | 26 | OXIMETRO DE PULSO | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 133205 | GAZE 12X10 (STERE) PCT CII 6 PCT 1 UD | 4 | | STIMPLEX | Início: 17:05 Fim: 18:20 |
| 50857 | GORRO DESCARTAVEL PCT 80 UD | 5 | | | |
| 60944 | LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD | 1 | | | |
| 30635 | LAVA DE PROCEDIMENTO M CX 30 PA | 1 | | | |
| 30651 | LAVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA | 3 | | | |
| 30660 | LAVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA | 1 | | | |
| 30666 | LAVA DESC ESTERIL N-8.5 - 1 PA | 1 | | | |
| 30124 | MALHA TUBULAR 10 CM ROEO 1500 CM | 1,00 | | | |
| 50922 | MASCARA DESCARTAVEL TRPLA CAMADA CII FRAS PCT 50 UD | 5 | | | |
| 81004 | MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM | 1,00 | | | |
| 120454 | PARAFUSO DE ANCORA - 1 UD | 1 | | | |
| 130973 | PLACA DESCARTAVEL PBISTURI ADULTO - 1 UD | 1 | | | |
| 80849 | PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD | 5 | | | |
| 30864 | SERINGA DESC: 10ML LUBD SUP USA SERI 10 ML | 1 | | | |
| 30868 | SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML | 1 | | | |
| 30873 | SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML | 1 | | | |
| 30430 | ULTRA GEL GL 5000 GR | 30 | | | |

FICHA DE ANESTESIA



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

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

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



| ORÇAS | EVENTO |
|-------|---|
| 1 | Indução e manutenção de anestesia com propofol |
| 2 | Administração de morfina para controle da dor |
| 3 | Administração de fentanil para controle da dor |
| 4 | Administração de rocurônio para intubação |
| 5 | Administração de succinilcolina para intubação |
| 6 | Administração de neostigmina para reversão da intubação |
| 7 | Administração de atropina para controle de secreções |
| 8 | Administração de oxigênio suplementar |
| 9 | Administração de soro fisiológico |
| 10 | Administração de solução salina |

| LIQUIDOS | VOLUME | PERÍODOS | VOLUME | BALANÇO | Emissão: | Oro | Não | Bovite |
|--------------------|------------|----------|--------|---------|----------------|--|---------------------------------|----------------------------------|
| Soro Fisiológico | 1000ml | | | | Respirador | <input checked="" type="checkbox"/> Espont | <input type="checkbox"/> Assist | <input type="checkbox"/> Mecânic |
| Propofol | 50ml | | | | ADSORVEDOR DE: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Com | |
| | | | | | Posição: | <input checked="" type="checkbox"/> Local de Posição | | |
| | | | | | Agulha: | | | |
| Condição final op: | Satisfeita | | | | Início: | 17:10h | Fim: | 18:30h |
| | | | | | Duração: | 1h 20h | | |

Intercorrências por. op: não
 Ass. Anestesiista - CRM: Hélio 3380

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:25

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

 Dr Bruno Botelho
 Ortopedi e Traumatologia
 CRM 9329/RCS 4498

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 17:29

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

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

DADOS DA ADMISSÃO

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

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

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

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

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

Geze Saldanha
Enfermeira
COREN-CE: 499.144

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 17:29

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:30

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

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

PACIENTE

Data De Admissão: 02/12/2020 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia: Eletiva [1]

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

Procedimento Cirúrgico Proposto: FRATURA DE COTOVELO [1]

Pulseira De Identificação: MSD [1]

Comorbidades: NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência: KEFAZOL 250 [1]

Alergia- Descrição: NEGA [1]

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recobrimto: ENF GEYZE [1]

Hora: 17:05 [1]

Sala: 06 [1]

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

Início Da Anestesia: 17:10 [1]

Término Da Anestesia: 18:30 [1]

Início Da Cirurgia: 17:45 [1]

Término Da Cirurgia: 18:20 [1]

Instrumentador: LA [1]

Circulante: ANDRÉIA E KARLA [1]

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

Membro Ou Lado A Ser Operado: ESQUERDO [1]

Numero Inicial De Compressas: 20 UD [1]

Contagem Final De Compressas: 20 UD [1]

Clorexidina Alcodilico: Sim [1]

Clorexidina Degermante: Sim [1]

Tipo: Elétrico [1]

Numero De Série: 05093 [1]

Coilção Térmico: Não utilizou [1]

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

Grau De Contaminação: LIMPA [1]

Encaminhamento Do Paciente: SRPA [1]

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

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

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

Prontuário: 17441351
 4014 J.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|------|----------------------------|
| 1. DIETA GERAL ADULTO / PARA ALDADA | 3/3h | ORAL | | |
| Prescritor: CRM-9329 | | | | |
| 2. Hidratação Venosa | Fase Única | Vol. Total: 500 ml | 7 | glic/mlh Acesso Periférico |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% | 20,83 ml/Kcal/dia | 500ml | | 09/12 - 01:00 |
| Prescritor: CRM-9329 | | | | |
| 3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) | 1g | 1 FRAP C/FAE C/1GR 10ml | 8/8h | EV |
| Agua Destilada | | | | 03/12 - 06:00 |
| Prescritor: CRM-9329 | | | | |
| 4. CETOPROFENO IV (100.00mg) | 100mg | 1 FRAP C/FAE C/100MG 100ml | 8/8h | EV |
| Soro Fisiológico 0,9% | | | | 03/12 - 05:00 |
| Prescritor: CRM-9329 | | | | |
| 5: DIFIRONA AMP (500.00mg/ml) | 1000mg | 2 ML (AMP. C/ 18 ml 500MG) | 8/8h | EV |
| Agua Destilada | | | | 03/12 - 05:00 |
| Prescritor: CRM-9329 | | | | |
| 6. TRAMADOL (50.00mg/ml) | 100mg | 2 ML (AMP. C/ 100 MG) | 6/8h | EV |
| Soro Fisiológico 0,9% | | | | 03/12 - 04:00 |
| Ata vigilância | | | | |
| Prescritor: CRM-9329 | | | | |
| 7. PLAMLET (5.00mg/ml) | 10mg | 2 ML (AMP. C/ 10MG) 18ml | 8/8h | EV |
| Agua Destilada | | | | 03/12 - 04:00 |
| Prescritor: CRM-9329 | | | | |
| 8. PUNICAO C/ JELCO | | | | |
| Prescritor: CRM-9329 | | | | |
| 9. SINAIS VITAIS | | | | |
| Prescritor: CRM-9329 | | | | |

RPI 531 TCIADA BARROS DE SOUSA 909 21020 33 22 01/10/2023 18:17:28 01/10/2023 18:17:28 01/10/2023 18:17:28 01/10/2023 18:17:28 01/10/2023 18:17:28

[Handwritten Signature]
 Alexandre Vital
 CRM-9329



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:

Mantido: Não Mantido:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Mantido:

Mantido: Não Mantido:

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR Mantido:

Mantido: Não Mantido:

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido:

Mantido: Não Mantido:

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS Mantido:

Mantido: Não Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:

Mantido: Não Mantido:

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

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

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

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

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

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

Alexia
Alexia P. Vital
Enfermeira
CRP 123456

| | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO | Ext. Nasc.: 30/05/1986 | Atendimento: 70522046 | Prontuário: 17441331 |
| Convênio: HAPVIDA | Nº Prescrição: 28801629 | 01/02/2023 às 01:52 | |
| Posto: POSTO 4B - HAPFOR | Leito: 4017/1 | | |
| Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA | | | |
| Profissionais: TÍCIANA BARROS DE SOUSA (COREN 594845) | | | |
| 1- INSPECIONAR/ REGISTRANDO | | | |
| Nível de Consciência | Mantido | | |
| NÍVEL DE ORIENTAÇÃO | Mantido | | |
| Sinais Vitais - Frequência Respiratória | Mantido | | |
| Sinais Vitais - Temperatura | Mantido | | |
| ELIMINAÇÕES | Mantido | | |
| Pressão Arterial | Mantido | | |
| ATIVIDADE MOTORA | Mantido | | |
| ACEITAÇÃO DA DIETA | Mantido | | |
| Sinais Vitais - Frequência Cardíaca | Mantido | | |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

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

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

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

Alexia
Téc. Superior em Saúde
CURSOS
CATERINE SOARES
ASL-0000978/22
alexia.pvital
01/02/2023 18:17:28



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
02/12/2020 20:28

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

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

| | | |
|---------------------------------|----------|-------|
| MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL | Mantido: | 10 OK |
| ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA | Mantido: | 10 OK |

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

| | | |
|---------------|----------|--|
| SINAIS VITAIS | Mantido: | |
|---------------|----------|--|

II - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

| | | |
|-----------------------------|----------|--|
| OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS | Mantido: | |
|-----------------------------|----------|--|

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

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

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

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

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

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



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

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

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

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

Alexia
Enfermeira
Régina Helena de Souza

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2020 01:51

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

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

Ticiano
 Ticiano
 Enfermeira
 COREN 594845

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 16:24

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|------------|------------------------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Paciente: | ANTONIO SOUZA DO CARMO | Dt. Nasc.: | 30/05/1986 | Atendimento: | 70522046 | Prontuário: | 17441331 |
| Convênio: | HAPVIDA | Posto: | RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE | Leito: | 211-RP/1 | | |
| Profissional(a): | SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 (1) | | | Nº: | 01579058 | 02/12/2020 | ** 20:23 |
| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
| Perfil Epidemiológico Covid19 | Paciente Não Covid. | | | | | | (1) |
| Evolução de enfermagem | 20:00 - A.S.C., 34 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE TIG CIRÚRGICO DE LESÃO DO TRÍCEPS NO BRAÇO ESQUERDO COM DR BRUNO BOTELHO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO + SEDACÃO COM DR HÉLDO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE E SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E CVP EM MSD PÉRVIO PARA HV + TM. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. CURATIVO EM FO INTEGRO, LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO. SSVV: PA: 115 X 70 MMHG, FC: 76 BPM, FR: 15 MRP/M, SATO2: 100%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482. | | | | | | (1) |
| ALERGIAS | | | | | | | |
| Alergias | NEGA | | | | | | (1) |
| AVALIAÇÃO DE DOR | | | | | | | |
| Dor (0 A 10) | 0 | | | | | | (1) |
| DISPOSITIVOS | | | | | | | |
| Acesso Venoso Periférico | Sim | | | | | | (1) |


01/02/2023 18:17:28

| Bacilante ANTONIO SOUZA DO CARMO | | Dr. Name: 30051986 | | R# 23000000 | | Atendimento: 70522066 | |
|--|-----------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|--------|-----------------------|----------|
| Convales: HAPVIDA | | Nº Prescrição: 28786649 | | 01/12/2023 às 06:00 | | Protocolo: 17441391 | |
| Posto: POSTO 4B - HAPJR | | Lotto: 401311 | | 333 | | Peso: 80,00 Kg | |
| 1. BETA - GEMAL-ADULTO (PARA A IDADE | | | | | | | |
| 2. Jatrofáctico Venoso Fase Única | Fase Única | Vol Total | 500 ml | 700 | gramas | Acesso Periférico | CRM-8260 |
| 3. CEFALOSPORINA SOLUCA (1,00g) (D28) | Agua Destilada | ml | 500 ml | | | | CRM-8260 |
| 4. CETOPIROFENOL (100,00mg) | Soro Fisiológico 0,9% | 100mg | 100 ml | 800 | EV | | CRM-8260 |
| 5. DIPSONA AMP (500,00mg) | Agua Destilada | 1000mg | 2 ML (AMP C 500MG) | 60h | EV | | CRM-8260 |
| 6. TRAMADOL (500,00mg) | Soro Fisiológico 0,9% | 100mg | 2 ML (AMP C 100MG) | 60h | EV | | CRM-8260 |
| 7. FLAVET (5,00mg) | Agua Destilada | 10mg | 2 ML (AMP C 10MG) | 60h | EV | | CRM-8260 |
| 8. SINUS VEAS | | | | | | | CRM-8260 |
| 9. CURETIVO COM ALMOUBA E GAZE ACCOCHOADO A FÉCULO | | | | | | | CRM-8260 |
| 10. Atenção: 82120030 | | | | | | | CRM-8260 |

Paciente: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Paciente: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO

Dr. Rafael Bezerra Nogueira
Ortopedia, Traumatologia
CRM-CE 8136

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 15:27

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

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 RQE 4628

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/12/2020 18:25

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

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

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

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

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 RQE 4498

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/12/2020 11:08

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

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

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

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
CRM 8260
Otorrinolaringologista

ASL-0000978/22

alexia.pvital

01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22

alexia.pvital

01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22

alexia.pvital

01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22

alexia.pvital

01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22

alexia.pvital

01/02/2023 18:17:28

ASL-0000978/22

alexia.pvital

01/02/2023 18:17:28

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



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

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

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

Compreendo que durante o(s) procedimento (s): no Sítio de cura para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisível (eis) ou fortuita. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

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

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

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: ANTONIO SOUZA DO CARMO RG: _____

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

Fortaleza, 02 de DEZEMBRO de 2020

Antonio Souza do Carmo
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

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

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

Fortaleza, 02 de Dezembro de 2020

Bruno Silva
Assinatura/ Carimbo do Médico

Preencher quando não houver etiqueta.

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

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

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

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

AVALIAÇÃO CLÍNICA

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

Consentimento para os achados _____

Assinatura do médico _____

Assinatura do paciente _____

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



DECLARAÇÃO DE ESCLARECIMENTO MÉDICO

Eu, Dr(a) _____

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

Sr(a). _____, portador(a)

do RG No. _____ e do CPF No. _____

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

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

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

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

_____ de _____ de _____

DR(A). _____
CRM/ No. _____

Dr. Daniel Roberto
Orcovani e Tomazazzo
CRM 3122 RCE 4480

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE EXECUÇÃO DE
PROCEDIMENTO MÉDICO

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

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

_____ de _____ de _____

Antonio Souza do Carmo
BENEFICIÁRIO(A)



hapvida

Faz bem pra você

(Preencher quando não houver o(a)guia)

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

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

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

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

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

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

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

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

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

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

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

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

Não se aplica

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

3. Termos:

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

4. SSVV:

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:22

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:22

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:23

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO | Dt. Nasc.: 30/05/1985 | Atendimento: 71740478 | Prontuário: 17441331 |
| Convênio: HAPVIDA | Posto: | Leito: / | |
| Profissional(s): BRUNO DE BRITO BOTEELHO CRM 3029(1) | | Nº: 64138230 | 26/01/2021 às 10:28 |
| CONDIÇÕES DE ALTA | | | |
| Alta do Paciente | Sim | | (1) |
| DATA/HORA DA ALTA | | | |
| Data Da Alta | 26/01/2021 | | (1) |
| Hora Da Alta | 10:28 | | (1) |

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:23

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OPORTUNIDADE AUTOMATIZADA - 16000 - 10000 - 04/01/2023 18:17:28

DATA: 01/02/2023 | Hora: 18:17:28

Nome: ANTONIO SOUZA DO CARMO

CPF: 26212027110350

Endereço: MARIA FRANCES SOUZA DO CARMO

Profissão: Médico

Assinatura: [Assinatura]

| Descrição | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total |
|--------------|------------|------------------|------------------|
| Medicamento | 1 | R\$ 10,00 | R\$ 10,00 |
| Exame | 1 | R\$ 15,00 | R\$ 15,00 |
| Outros | 0 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| Total | 2 | R\$ 25,00 | R\$ 25,00 |

Assinatura do Médico: ANTONIO SOUZA DO CARMO

Assinatura do Profissional: [Assinatura]

Assinatura do Responsável: [Assinatura]

Assinatura do Paciente: [Assinatura]

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

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

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

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

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



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
70814939

!itTJ"

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

05/05/2021 17:21:02

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

R4310RA-01.105 MARLENE ARAUJO FERREIRA

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/05/2021 09:18

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

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

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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/05/2021 09:10

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

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

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

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

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

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

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



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

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

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

Fortaleza, 26 de janeiro de 2021

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

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

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

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

Núcleo Evangélico Direito
107 Ten. COAPM
Mat. 108.853-1-01/PM-CE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

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

ATESTADO MÉDICO

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

Fortaleza, 23 de MARÇO de 2021

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

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

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia Traumatologia
CRM 9329 RQE 4498

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

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

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

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

PRO PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA

61939-915 MARACANAU - CE

ATTESTAÇÃO

EM 21/05/2020

COM O

CRISTÓFORO

DE

DE

DE

ATESTADO MÉDICO

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

do da Doença

10/11/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

DR RAULO PINHEIRO DE ARAUJO

Colocação da CID Assinado us

de Autenticação BOHOQ1017R312

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

Emergência Reg. 5357066

Antonia Souza da Cunha

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

da pela Neurocirurgia, não sendo constatada
uma passiva de Neurocirurgia. Recomeço
uma de atividades laborais
em 1 dia.

es.

D. 10 509

[Handwritten signature]



VERIFICADO EM 21/05/2021
301 100-005-101 FACE

11 de 11 de 2007

Planilha - CAN Antonia Souza

Dr. Renato
Neuro
CPER

4003271008

ANTONIO Souza do Carmo

Dr. João Pedro
Ortopedia e Traumatologia
TEO 15033
CREMOP 1413

2

2

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

HISTÓRIA DO DOENTE

1. Data de nascimento: 24-06-1915

2. Local de nascimento: ...

3. Data de admissão: 24-06-1915

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| DATA | PROCEDIMENTO | RESULTADO |
|----------|-----------------------------------|-----------|
| 07/05/84 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR COTOVELHO | |
| 07/05/83 | SINOECTOMIA DO COTOVELHO | 01 |
| 07/05/79 | TENOPLASTIA DO COTOVELHO | 01 |
| 07/05/84 | TENOPLASTIA DO COTOVELHO | 01 |

DIAGNÓSTICO

1. ANOMALIAS MÚLTIPLAS 02

AUTENTICAÇÃO
EMILIO DE SOUZA
24/06/1915

SIGNATURA DO MÉDICO

...

PACIENTE SEM ORDEM ADO DO REGISTRO
AGENCIAMENTO DE TESTES



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg. 5357066

O(S) (a) Antônia Souza da Costa

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

Tendo como causa do socorro relato de acidente de moto.

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

Observações:

CID-10: S09

Fortaleza, 11 de 11 de 2000

Médico de Plantão - CRM: 00000000

CPF: _____

Resposta do Boletim de Emergência Reg. do

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

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

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

Instruções de Preenchimento

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

Dados do Segurado

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

Relatório Médico

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

Quais foram as ações realizadas? Indicar a data, o número e a natureza dos exames:
RUPÇÃO DO TENDÃO DO TRÍCEPS BRAQUIAL DA

Fu você (ou algum colega) envolvido no acidente? Sim Não

Em caso negativo, descreva os fatos:

Existe ou não alguma doença pré-existente ou doença concomitante? Sim Não

EM CASO DE MORTE

Em que data e hora ocorreu a morte?

Quais as causas médicas que a determinou?

A morte resultou exclusivamente dos efeitos do acidente? Sim Não

Quais causas contribuíram para o ocorrido? Sim Não

Qual foi o resultado?

Houve registro prévio a respeito da doença? Sim Não

Por que foi realizado?

Fu você (ou algum colega) envolvido no acidente? Sim Não

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Qual foi o trabalho a ser realizado?
ANTONIO PRUDENTE

Qual foi o tratamento realizado?
NÃO

Qual foi o diagnóstico principal? **REABILITAÇÃO MOTORA**

Qual foi o tratamento realizado? **RECONSTITUIÇÃO CIRÚRGICA DE LESÃO DO TRÍCEPS BRAQUIAL ESQ.**

Houve complicações? Sim Não

As complicações foram consequências diretas e imediatas das lesões apresentadas? Sim Não

Existe causa ou doença pré-existente ou derivada de negligência do acidentado? Sim Não

Quando ocorreu o acidente ou o primeiro atendimento já havia alguma assistência médica-hospitalar em decorrência deste acidente? Sim Não

Com o qual médico foi prestada? (Informe Nome completo, CRM e Telefone) **DR. BRUNO BOTELHO CRM 4498.**

Data da alta médica definitiva considerando o início do tratamento que tenha sido realizado? **01/06/2021**

O acidentado encontra-se completamente restabelecido? Sim Não **ALTA COM SEQUELAS**

Se não estiver totalmente restabelecido, qual o tempo necessário para a recuperação integral ou para a consolidação das lesões? **ALTA MÉDICA DEFINITIVA COM SEQUELAS EM 01/06/2021**

Em se tratando de lesões neurológicas, qual o nível funcional pelo qual se segue? Sim Não

É alienado mental de forma TOTAL e IRREVERSÍVEL? Sim Não

As lesões são diretamente de causa traumática? Sim Não

Qual a causa?

Se sou entender, os efeitos físicos ou doenças pré-existentes podem ter gerado as consequências físicas ou mentais apresentadas? Sim Não

Esta redução pode ser considerada de caráter definitivo? Sim Não

As melhores condições possíveis de tratamento especializado de uso funcional, irá melhorar? Sim Não

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

Qual o fator mais e adequado para a prevenção ou melhoria da capacidade funcional (membros, membros superiores ou inferiores) de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e indireta do acidente, bem como, de outras doenças no âmbito a seguir (Reservar espaço)?

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

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 278.776.923-04

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



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

Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente:

ALTAMENTE DEFINITIVA EM
01/06/2021 COM SEQUELAS

Dados do Médico Assistente

| | | |
|---|--|---------------------------|
| Nome Completo JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA | | CITY 5155 |
| Endereço Completo AV. HUMBERTO MONTE 1440 | | CPF 85 32834784 |
| Além para previdência, sem efeito o liberado desde o dia 06-04-21 até o dia 22-12-21 | | Idade 41 |

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

Local Resto de Data 22.12.21

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



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



NOME
ANTONIO SOUZA DO CARMO



DOC. IDENTIDADE/ ORG. EMISSOR UF
30588010 PM CE

CPF DATA NASCIMENTO
042.134.333-82 30/05/1986

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

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05386788640

VALIDADE
17/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
21/12/2011

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Antonio Souza do Carmo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
20/10/2017

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

**81110120909
 CE161897924**

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1545121371



PROIBIDO PLASTIFICAR
1545121371

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: **Antonio Souza do Carmo** CPF: **04213433382**
 7 - Profissão: **Policial militar Av. 13 (Condomínio M. dos Petalés)** 9 - Número: **com 515**
 11 - Bairro: **Freissate** 12 - Cidade: **Pacatuba** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61814900**
 15 - E-mail: **blunk21@hotmail.com** 16 - Telefone: **(85) 981552525**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO

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

DEVOLVIDO A ECT

EM: ____/____/____

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

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

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

TELEDETRAN - 0800 275 6768

PEIICIA - 190

www.detran.ce.gov.br

**NOTIFICAÇÃO DE AUTUAÇÃO E INFRAÇÃO DE TRÂNSITO**

Departamento Municipal de Trânsito e Rodovias - DEMUTRAN

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

Carta

9912382899/2015-00/CE

Prefeitura de Pacatuba/CE

Correios

DESTINATARIO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

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

JU 98731656 1 BR

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

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

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

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

2) INDICAÇÃO DE CONDUTOR INFRATOR

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

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

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

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

3) OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

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

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

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/03/2022

Conduta mantida:

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

DANOS

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

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

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

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

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

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/03/2022

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

315066541601

VALOR TOTAL:

1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO SOUZA DO CARMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000028437

Número da Autenticação

3938AC251124AEA5

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150665416

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO SOUZA DO CARMO

Data do acidente: 02/03/2015

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE.

Descrição do exame médico pericial: CEFALEIA, DEFICIT DE MEMORIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO. ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/08/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GABRIELA GRACA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

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 |
|--|--|--|-------------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PRESTADOR

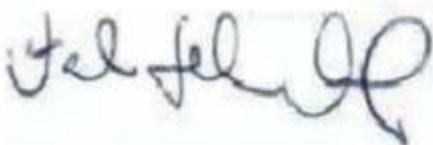
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150665416 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO SOUZA DO CARMO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ALMIRANTE RUFINO nº 46 - VILA UNIAO - FORTALEZA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2004009011394 - SSP**
Data local do exame: **24/08/2015 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TCE LEVE.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO. ALTA MEDICA.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

CEFALEIA, DEFICIT DE MEMORIA.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

Vítima em tratamento

Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

SNC

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 24/08/2015

Médico Perito: GABRIELA GRACA SUARES PINTO CRM: 52.66379-4


Gabriela Graca
Ortopedista
CRM 52.66379-4

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2015

Carta nº: 7734093

A/C: ANTONIO SOUZA DO CARMO

Sinistro: 3150665416
Vítima: ANTONIO SOUZA DO CARMO
Data Acidente: 02/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO SOUZA DO CARMO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 0000028437-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.350,00 |

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 011826811634
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 01 00524749221 00000000000 2015

ANTONIO SOUZA DO CARVALHO
FORTALEZA

04213433382 0559211/CE
PLACA ANT/UF
02CND1010DR300821
ESPECIE TIPO
PAS/MOTORCICLO/MARCA/FALCON
MARCA/MODELO
HONDA/NX 4001 FALCON
CAP/POT/CL
2P/OCV/397CC

CATEGORIA PARTIC
VEIC. COTA ÚNICA
VENIC. COTAS
143,38

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04
PREMIO TOTAL (R\$) 143,38
DATA DE PAGAMENTO 09/04/2015

FORTALEZA LOCAL
0/04/2015 DATA

1000 Ponte
Secretaria de Infraestrutura - DENATRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, O J POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

CE Nº 011826811634 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

01 04213433382 0559211
RENAVAM
00524749221
HONDA/NX 4001 FALCON
MARCA/MODELO
2012
05
9C2ND1010DR300821
ANO FAB.
DATA EMISSÃO
2015 0/04/2015

PREMIO TARIFARIO
CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
CUSTO DO SEGURO (R\$) 147,53

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
COTA ÚNICA
PAGAMENTO
09/04/2015

MOTOR: INDIOE1D300821
02137
05:59:21.1

011826811634
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DOCUMENTO 6 *T6%



ASSINATURA

02137
05:59:21.1
00524749221
42959 02229



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 124 - 469 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 27/03/2015 11:08:10
Data / Hora da Ocorrência: 02/03/2015 20:20:00
Endereço da Ocorrência: AV MENDEL STREIMBRUCH

INDUSTRIAL MARACANAÚ / CE

Ponto de Referência: EM FRENTE AO AFONSO VEÍCULOS

Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, SUBMETENDO-SE AS PENAS DO ART. 299, QUE PREVÊ QUE OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE, CONSTITUI CRIME PUNÍVEL COM PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE. Diante disto declara que, na data e hora mencionados pilotava a motocicleta Marca/Modelo: HONDA/NX 400I FALCON, Número Chassi: 9C2ND1010DR300821, Placa: OSS9211, Cor: VERMELHA, Proprietário: ANTONIO SOUZA DO CARMO; QUE declara que foi colidiu com um cavalo; QUE veio a cair ao solo; QUE declara que foi socorrido pelo SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú ao Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda - HMJEH; QUE declara que sofreu TCE e perda da consciência; QUE NADA MAIS DISSE; //!!!!!!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSE GLEIDSON PEREIRA RAMOS - MAT.: 380051-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Souza do Carmo

VISTO DO DELEGADO(A):

GEORGE MARQUES MALAQUIAS - MAT.: 133831-1-1

NO DE MONDUBIM
REGISTRO CIVIL
Quilte Silva, nº 251-A
Praça da Traçoanga
CEP 62821-3467 0760

A presente cópia fotostática, confere com o original exibido neste Cartório. Dou fé.
Mondubim

24 JUN. 2015

da Verdade

Carla Maria Cabares de Melo - Oficial
Aparecida Cabares de Melo - Substitua
Fernanda Cabares de Melo - Escrevente
Carlos Alberto Martins Sobrinho - Escrevente

Autenticação
GMR01:971



66 Bam



FICHA DE ATENDIMENTO S.O.S. MARACANAÚ Nº DA SOLICITAÇÃO RS 02
HORA DA SOLICITAÇÃO HORA DE CHEGADA AO LOCAL 21:04
HORA DA SAÍDA DO LOCAL HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 21:40

1. DATA 02/03/35 2. ENDEREÇO AV. B 9200
3. REFERÊNCIA 4. SEXO Masc. 5. IDADE 29 6. BAIRRO Jari Mateia

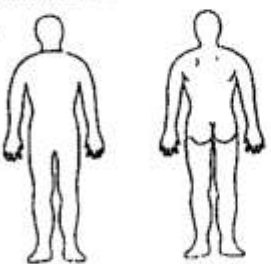
7. NOME Antônio Sousa do Carmo

8. C. EXTERNAS 8.1 Atropelamento 8.2 Capotamento 8.3 Colisão 8.4 Queda de bicicleta 8.5 Queda de moto 8.6 Queda 8.7 Agressão física 8.8 Titulo/Envenenamento
8.9 F. Lacero-contuso 8.10 FAB 8.11 FAF 8.12 Tent. Suicídio 8.13 Choque Elétrico 8.14 Queimadura 8.15 Alojamento
9. C. CLÍNICAS 9.1 Dor Intensa 9.2 Dispneia 9.3 Mal Súbito 9.4 Convulsão 9.5 AVC 9.6 Vômitos 9.7 Hipertensão
10. C. OBSTÉTRICAS 10.1 Aborto 10.2 STV 10.3 Parto 10.4 Complic. Pós Parto 10.5 Outros
11. C. PSIQUIÁTRICAS 11.1 Crises 11.2 Transferências

12. AVALIAÇÃO INICIAL
A. VIAS AÉREAS Pérvias Obstruídas
C. CIRCULAÇÃO Pérvia Patida Cianótica Úmida Seca Ictérica Normal Ausente Irregular Filiforme Sim Não
Sangramento Externo Sim Não
P. Arterial 140x80 Pulso F. Resp.: As O 5

13. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA MÉTODO AVONH Alerta Responde a Estímulos Dolorosos Responde a Estímulos Verbais Nenhuma Resposta

14. ESCALA DE GLASGOW 15. ESCALA DE TRAUMA 16. PRINCIPAIS LESÕES



- Laceração Deformidade Edema Abrasão Fratura Aberta Amputação Hematoma FAF Avulsão Dor Contusão FAB Queimadura

obs: Cliente vítima de acidente com moto, apresentando edema e entorpecimento

17. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS
1 Apnéia 12 Hipotensão 23 Palidez
2 Anúria 13 Hipertensão 24 Sinais vitais
3 Agitação 14 Hipoxia 25 Sístole
4 Bradicardia 15 Hipotermia 26 Taquicardia
5 Bradistímia 16 Hipoglicemia 27 Tachicardia
6 Anúria 17 Hiperglicemia 28 Urticária
7 Anúria 18 Náusea / Vômitos 29 Hicorquia
8 Cistite 19 Pupilas Foto Réagentes e Isocóricas 30 Paralisia
9 Dispnéia 20 Pupilas Mílicas
10 Dor 21 Pupilas Mioticas
11 Halito Eúlico 22 Pupilas Anisocóricas

18. PROCEDIMENTO REALIZADO
1 Anestesia Geral / Oxioterapia 15 Imobilização por compressão
2 Bandagem / Imobilização 16 Coto Cirúrgico
3 DAC 17 KED
4 Sondagem Nasogástrica 18 Imobilização de Membros
5 Cateterismo Vesical 19 Prancha Longa
6 Colocação de Cápsula Otorrinolaringea (Guedel) 20 Ventilação Mecânica
7 Curativo Simples 21 Intubação
8 Curativo Alcoólico 22 Limpeza de Ferida com Soro Fisiológico
9 Drenagem de Tórax 23 Massagem Cardíaca Externa
10 Desobstrução Venosa 24 Monitorização Cardíaca
11 Desobstrução das Vias Aéreas 25 Oximetria de Pulso
12 Aspiração Orol Nasal Traqueal 26 Punção Venosa
13 Manobra de Chin LH 27 Punção Intra-Óssea
14 Manobra de Jaw Thrust 28 Ventilação com Válvula de Demanda
15 Manobra de Heimlich 29 Ventilação Boca-Máscara
16 PLS 30 Ventilação com ressuscitador Manual
17 Desfibrilação
18 Eletrocardiograma (ECG)
19 Glicemia 115

CONFERE COM ORIGINAL

19. HISTÓRIA "AMPLA" 1. Alérgica 2. Medicamentos 3. Doenças 4. Última Refeição 5. Ambiente

20. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

| Drogas | Quantidade | 3.VIA | 1.EV | 2.ET | 3.IM | 4.SC | 5.SL | 6.VO | 7.ID | 21. SOLUÇÕES INFUNDIDAS | 1. SOLUÇÃO | 2. VOLUME |
|--------|------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|-------------------------|------------|-----------|
| 1.1 | 2.1 | | | | | | | | | 1.1 | 2.1 | |
| 1.2 | 2.2 | | | | | | | | | 1.2 | 2.2 | |
| 1.3 | 2.3 | | | | | | | | | 1.3 | 2.3 | |
| 1.4 | 2.4 | | | | | | | | | 1.4 | 2.4 | |
| 1.5 | 2.5 | | | | | | | | | 1.5 | 2.5 | |

22. DÊITO 1. Óbito no local 2. Óbito Durante o Transporte
23. DESTINO 1. Liberado 2. Óbito 3. Recusa Hospital 4. Hospital
24. CLIENTE ACOMPANHADO SIM NÃO

25. OBSERVAÇÕES
* Local com C-4: AV. Menckel St. Peimbo, rua enfrente a Afonso Veloso
OD: Adilson / Sr. Victor Hugo / Ronda 41286

PLANTONISTA
Assinar Gr. Enfermagem *Freda*
Assinatura do Acompanhante *Valerone da Silva*
Responsável pelo Atendimento no Hospital *Emanuel*





1500356872 02/03/2015 21:33:04 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 16

Paciente: ANTONIO SOUZA DO CARMO
 Data Nascimento: 30/05/1986 Idade: 28 A. 9 M 3 D
 Tipo Doc: Documento Orgão Emissor: SSP Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: Solteiro(a) Raça/Cor: Parda Nacionalidade: FORTALEZA - CE
 Mãe: MARIA FRANCI
 Endereço: AVENIDA - B - 200 - JEREISSATI 3 - PACATUBA - CE
 Contatos: Cell: 8565050823

Class. de risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
 N da Carteira: Profissional do Atend. Sis Prenatal: Validade: Autorização:
 Tipo de Atendimento: PRONTO ATENDIMENTO Carate do Atendimento: Urgência: Tipo de Chegada: Procedimento Sol.: Peso: Temp.: Pressão:
 Registrado por: josevcn


Últimos atendimentos: 02/03/2015 21:33:04
 SADI - Exames Complementares

CTG ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

Classificação de Risco: História de trauma automobilístico (Queda de moto) com TCE;

Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos: A.D. XOMI
 Níveis: Acintal; At. is; Rotivos; Mas Diognósticos; Exigindo atenção; Sim. q. t. motog.

Cod: 00 Assinatura e Carimbo do Médico: Data: Hora:
 - Paciente com TCE e perla da consciência
 - Cox - Traumatismo p/ ISF

Cod: 01 Assinatura e Carimbo do Médico: Data: Hora:


Cod: 02 Assinatura e Carimbo do Médico: Data: Hora:

Cod: 03 Assinatura e Carimbo do Médico: Data: Hora:
 Assinatura do Paciente ou Responsável: Zulene de Silva de M...
 Assinatura e Carimbo do Médico:

Gratificação Lina
 Governador do Estado do Ceará
 Poder Judiciário



1500356872

PAI - ANTONIO LOPES DO CARMO

INSTITUTO Dr. JOSÉ PROTÁ
"24 horas de proteção à vida"

CAUSA E MOTO (ANIMAL)

SOCIEDADE... Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

EMITIDO EM: 03.03.15
HORÁRIO: 02:06

Identificação do Paciente
NOME DO PACIENTE: SUS 709507608640920

ANTÔNIO SOUZA DO CARMO Nº REGISTRO: 5357066

TIPO DOCUMENTO: RG Nº DOCUMENTO: 20040090113 DATA DE NASCIMENTO: 30-05-86 SEXO: M RACA/COR: _____

NOME DA Mãe: MARLA FRANCY SOUZA DO CARMO TELEFONE DE CONTATO: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: VALÉRIANE - ESPOSA TELEFONE DE CONTATO: 84358050

ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): AV. B. Nº 200 C/513 JERISSATI III TELEFONE DE CONTATO: _____

MUNICÍPIO (M. RESIDÊNCIA): RACATUBA CÓDIGO IBGE: _____ UF: CE CEP: 61.300.000

Local de ocorrência: CONJUNTO INDUSTRIAL

LOCAL: RESIDÊNCIA HOSPITAL TRABALHO ÁREA PÚBLICA (Especificar: CLINICA)
MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE VEICULO: _____ PLACA: _____ HORA: _____ CONDUTOR: _____

Localidade: _____ MUNICÍPIO OCORRÊNCIA: _____

Tipo de Atendimento: ADULTO PEDIÁTRICO 3 - TRAUMATOLÓGICO 4 - ODONTOLÓGICO 5 - OFTALMOLÓGICO 6 - ODONTOLÓGICO 7 - ENDOSCÓPICO RESPIRATÓRIO 8 - ENDOSCÓPICO DIGESTIVO 10 - CTO 11 - GERTON

Motivo do Atendimento: _____ CID PRINCIPAL: _____ CID SECUNDÁRIO: 0301010048
CONSULTA NÃO MÉDICA

Atendimento Médico
ANAMNESE: Acid - volume de acidente de moto. Estava cu capacete não tem -
Unidade acidente. Medica tentura e injeções. Si outros exames.
Agente 15. ACID. Pieliteca. Cel. Vincenti
Cel. TCC, USA, RX

PLAQUEAMENTO: _____ CÓDIGO: _____ CID: _____

SACD SOLICITADOS: _____
() RX () SU () POR () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO - X () OUTROS

CONDUTA: _____ DATA E HORA DO ATENDIMENTO: _____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE: _____

Posterior Médico 1
ESPECIALIDADE: Medicina DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO: _____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: _____

EXAME CLÍNICO: Ponto volume de acidente de moto
Ag 15 An 2
RX Gel Guax 12 - Agente TCC
Ag TCC Com In

DIAGNÓSTICO: _____ CÓDIGO: _____ CID: _____

CONDUTA: Ata e PCR DATA E HORA DO ATENDIMENTO: _____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA CONSULTA MÉDICA: _____

CONFERE ORIGINAL
DATA: 13/03/2015
[Assinatura]

| | | |
|---|---|--|
| ESPECIALIDADE C- Geral | DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às h | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE |
| EXAME CLÍNICO Paciente com história de trauma torácico (ultra-soni- grafia) Estável hemodinamicamente. Ao exame: lat. 110/92 bpm Ard: DPO. USG Jav: normal | | |
| DIAGNÓSTICO | CÓDIGO | CID |
| CONDIÇÃO Alta em ambulatório | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA Sandro R. Vale de Sousa Clínica Geral CREMEC-15454 | |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / às h | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA | |

| | | |
|--|---|--|
| ESPECIALIDADE | DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às h | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE |
| EXAME CLÍNICO | | |
| DIAGNÓSTICO | CÓDIGO | CID |
| CONDIÇÃO | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA | |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / às h | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA | |

| Prescrição Ambulatorial | | |
|-------------------------|--------------------|-------------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
| 500 (1:1) 1000 ml 12V | 500 500 | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Tipo de Alta/Saída | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------|------|
| <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA | <input type="checkbox"/> A PEDIDO | <input type="checkbox"/> EVASÃO | CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE | DATA | HORA |
| <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> ÓBITO | | | |

| Internação | | | |
|------------------|----------------------------------|------|------|
| Nº DO PRONTUÁRIO | CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE | DATA | HORA |
| | | | |

| Óbito | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------|
| ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE | DATA ÓBITO |
| OBSERVAÇÃO | | | | |

| | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| DESTINO DO CORPO: | <input type="checkbox"/> IML | <input type="checkbox"/> SVG | <input type="checkbox"/> ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável: _____) |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|--|

Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, pré-hospitalar ao Sr. **ANTÔNIO SOUZA DO CARMO**, Identidade nº 305.880-1-0 PM/CE, filho de Antônio Lopes do Carmo e de Maria Francly Soza do Carmo, nascido em 30/05/1986, natural de Fortaleza - CE, residente à Avenida B, casa 200, Conjunto Jereissate III – Pacatuba/CE, o qual na data de 02/03/2015, por volta de 21:09h, foi vítima de acidente no trânsito (Queda de Moto). A vítima foi conduzida ao Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda - HMJEH, Maracanaú/CE.

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

Maracanaú-CE., 23 de março de 2015


F. Gessival Marques dos Santos
Coordenador do SOS Ambulância



RECEITUÁRIO

Ajustado

do Ajusto para as divi-
das Viss e por Antonio
Sousa do Carmo sobre
T.C.E em 02/03/2015, subme-
tidos e tratamento conserva-
dor + observações neurolo-
gicas a encontra 21 Comp
Cefalica + fontana 1 dieta
medica definitiva em
02/06/2015

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5158
CPF: 228.775.923-81

Fortaleza, 02/06/15



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

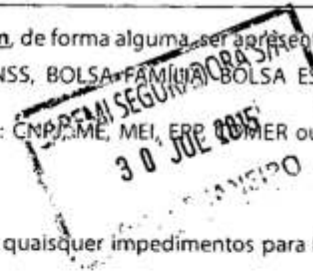
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Souza do Carmo
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2004009011394 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 1 / 1 / 15
 CPF 042134333-82 / CNPJ _____ PROFISSÃO Policial
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ant. Souza do Carmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA-FAMÍLIAR, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, EPP, MEI ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do **banco** indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1563 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28437-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

104 de 29 de Junho de 2015 Antonio Souza do Carmo
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o pr

DOCUMENTO 1 *T1%* www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ANO DE EMISSAO: 1947
 20040090011947 (BR)DS
 CPF: 042.343.333-82
 DATA DE EMISSAO: 30/05/1986

NOME: ANTONIO GOMES DOS SANTOS
 ENDERECO: AV. ANTONIO CARVALHO DE
 OLIVEIRA, 100 - JARDIM
 BOTANICO - RECIFE - PE

CATEGORIA: AB

692881889

692881889

DEBARI - CE (CEARA)

DOCUMENTO 5 *T5%*

