

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FRANCISCO ELVIS DE ARRUDA SOARES		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA-CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG Nº	94016015418
Profissão	AUTONOMO	CPF Nº	662.419.283-68
Endereço	RUA SOUSA CARVALHO CASA A, 690		
Bairro	BONSUCESSO	CEP	60541646
Município / UF	FORTALEZA/CE		
Fone	8624-2180 / 9913-5539		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB - CE sob o nº.: 22.013 e **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº.: 24.156, **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº.: 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo, nº 32 - 7º andar -Sala 705, Bairro Centro Fortaleza/Ceará, CEP 60030-100, Tel (85)9962-8013/ (85)8636-3030/(85)8853-0069, emails : brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos do outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

FORTALEZA , 13 de fevereiro de 2015


OUTORGANTE

Rua São Paulo, nº 32 - 2º andar -Sala 204 - Bairro : Centro - CEP 60030-100 - Fortaleza/Ceará

Telefones : (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop_brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FRANCISCO ELVIS DE ARRUDA SOARES		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA-CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG N°	94016015418
Profissão	AUTONOMO	CPF N°	662.419.283-68
Endereço	FORTALEZA , 13 de fevereiro de 2015		
Bairro	BONSUCESSO	CEP	60541646
Município / UF	FORTALEZA/CE		
Fone	8624-2180 / 9913-5539		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

FORTALEZA , 13 de fevereiro de 2015

Francisco Elvis de Arruda Soares

Rua São Paulo, nº 32 - 2º andar - Sala 204 - Bairro : Centro - CEP 60030-100 - Fortaleza/Ceará

Telefones : (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop_brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

Declaração de Responsabilidade

Eu, FRANCISCO ELVIS DE ARRUDA SOARES

Brasileiro(a), SOLTEIRO, Profissão AUTONOMO portador do RG
94016015418 SSP/CE inscrito no CPF sob N° 662.419.283-68 residente e domiciliado no
endereço RUA SOUSA CARVALHO CASA A 690

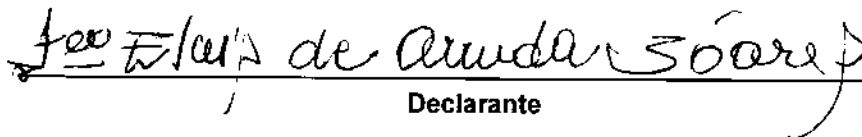
declaro para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelo senhor :
NAZARENO GOMES DE SOUZA, Brasileiro, Casado, Autônomo, portador RG 8912005003649 SSP/CE
inscrito no CPF sob N° 314.320.693-49 e pela Senhora SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA,
Brasileira, Casada, Autônoma, portadora do RG N° 4.340.774-0 SSP/PR, inscrita no CPF sob o N°
590.270.379-49, todos com endereço comercial na Rua São Paulo, 32 Sala 113 - Bairro Centro
CEP: 60030-100 - Fortaleza-CE, acerca dos documentos necessários a serem apresentados
para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL de indenização do seguro obrigatório DPVAT e
assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação
acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO o Escritório SABOYA & BRANDÃO - ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado
através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, Brasileiro, solteiro, advogado devidamente
inscrito na OAB-CE sob o N° 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, Brasileiro, Solteiro,
advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o N° 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO,
Brasileiro, Solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o N° 26.103, todos com Ende-
reço profissional a Rua São Paulo 32 2° Andar Sala 204 Bairro Centro CEP 6-030-100 Fortaleza-CE,
de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou
administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos
documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados
documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILI-
DADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO
OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB"

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento,
firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Cidade e Data _____


Declarante

Testemunha
CPF

Testemunha
CPF

Rua São Paulo, nº 32 - 2º andar - Sala 204 - Bairro : Centro - CEP 60030-100 - Fortaleza/Ceará
Telefones : (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069
E-mails: brunop_brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA



Francisco Elvis de Arruda Soares

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 94016015418 - 2a V DATA DE EXPEDIÇÃO 29/3/2007

NOME FRANCISCO ELVIS DE ARRUDA SOARES

FILIAÇÃO IVAN SOARES DOS PRAZERES E MARIA NAZARE DE ARRUDA SOARES

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 12/3/1979

DOC ORIGEN CERT. NASC. 24385 L A21 F

388 PARANGABA FORTALEZA/CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCO ELVIS DE ARRELIAS SOARES

Nº de inscrição
662419283-68

Data da Nascimento
12/03/79



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
Francisco Elvis de Arrelias Soares
FRANCISCO ELVIS DE ARRELIAS SOARES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 18/07/06

S
E
R
P
R
O

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/02/2016 às 18:34, sob o número 01115847120168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111584-71.2016.8.06.0001 e código 1F38D68.

Nº DO CLIENTE

coelce

fls. 16

5769039-1

Para agitar seu atendimento, utilize o nº acima
senão que entrar em contato conoscoRua Pedro Velho, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.351/0001-70 CEF 04.105.548-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) SÉRIE B-2 IN

Rota 19 01250 07 161510 - 0

Data de Emissão 29/10/2014

Nome FRANCISCO ELVIS DE ARRUDA SOARES

End. Postal RU SOUSA CARVALHO 00690 CS A

BONSUCESSO - FORTALEZA - 60541646

Medidor 1395432

Poste 0000 U765

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 662419283-68

CGF

Nome do Responsável

DATAS

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próximo Prox. Letura	Conjunto	Mês	Agosto/2014	EURO 17,12
Out/2014	29/10/2014	27/11/2014	BONSUCESSO	Agosto/2014		

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto	Conjunto	Mês	Agosto/2014	EURO 17,12
Base de Cálculo (R\$)	74,83	20,00%	14,97	Conjunto	Mês	Agosto/2014	EURO 17,12
Alíquota	20,00%			Mês	Agosto/2014	EURO 17,12	
Valor do imposto	14,97			Agosto/2014	EURO 17,12		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A2C2, 3C5B, 6552, 94CA, 8736, 2147, 4F3B, F700

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Loc. Atual	Loc. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consumo Fac.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3335	3206	1,00	129	0,00	1,29	0,0013
29/10/14	26/09/14	29,00kWh	129			74,83

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	74,83
MULTA MORATORIA REF 07/2014	1,10
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	6,83

VENCIMENTO 10/11/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)

82,76

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	31,61
Transmissão	0,65
Distribuição	12,43
Encargos Setoriais	1,76
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	28,48
TOTAL	74,93

Mês	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
Consumo (kWh)	110	129	107	93	108	98	91	115	123	120	94	109	142	

importante

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRABESCO OU BANCO DO BRASIL.

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 0,20 referente a PIS e COFINS.

CNPJ: 07.047.351/0001-70 - INSC. EST. 10.607.02 - 10.607.02

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2013, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Elcio de Almeida SoaresRG nº 94016015438, data de expedição 29/03/03 Órgão SP-CE

CPF nº 662.909.283-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Sousa Carvalho</u>
Número	<u>690</u>
Apto / Complemento	<u>Casa A</u>
Bairro	<u>Bonsucesso</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60.543-646</u>
Telefone de contato	<u>(85)3483-2304</u>
E-mail	<u>SORAYA_SEGUROS@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 02-12-14

Assinatura do Declarante: Francisco Elcio de Almeida Soares



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 11079 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/12/2014 09:44:07**
Data / Hora da Ocorrência : **19/02/2014 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SARGENTO HERMINIO**

MONTE CASTELO FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **ESMAF**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ELVIS DE ARRUDA SOARES**
Nascimento : **12/03/1979**
RG: **94016015418** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF: **66241928368**
Filiação: **IVAN SOARES DOS PRAZERES**
MARIA NAZARE ARRUDA SOARES
Endereço: **R SOUSA CARVALHO 690**
BONSUCESO
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **9913-5539**

Histórico

O noticiante afirma que no local e data acima citado, a vítima Francisco Elvis de Arruda Soares, trafegava na moto modelo Honda CG 150 Sport cor vermelha de placa HYK 3803, quando foi fazer uma conversão e uma outra moto veio e colidiu com o mesmo, o causador do acidente se evadiu, a vítima foi socorrida pelo samu para o hospital da Uniclínica onde passou por tratamento cirúrgico no punho distal direito.

Noticiante(s)

Nome : **CARLOS ALBERTO BATISTA**
Endereço : **R COMENDADOR GARCIA 880**
Bairro : **VILA PERI**
Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO ERIVANDO RIBEIRO GUEDES - MAT.: 15533714

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Carlos Alberto Batista*

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVNA AMÉRICA DE AQUINO LEITÃO PAIXÃO - MAT.: 198340-1-8

Antônio Erivando Ribeiro Guedes
Escritório de Polícia Civil
19/02/2014 11:00



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento ao Sr. Francisco Elvis de Arruda Soares no dia 19/02/2014 às 11h00min na Av. Sargento Herminio, Bairro Monte Castelo. Paciente vítima de urgência traumática, sendo provável vítima de colisão moto / moto. Paciente foi atendido no local e removido ao Hospital Uniclínica.

Fortaleza, 26 de fevereiro de 2014.

Atenciosamente,

Francisco Rômulo Sampaio Lira
Chefe do Setor Médico
SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



RUA PADRE GUERRA, 1350 - PARQUE LÂNDIA - CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9155 - FAX: (085) 3452.9153
FORTALEZA-CE
ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br



Paciente : **Francisco Elvis de Arruda Soares**

Prontuário : **215985**

Sexo: **M**

Idade: **34a 11m 7d**

Atendimento: **640.269**

Convênio: **GAMEC**

Prescrição: **769310**

Data Exame: **19/02/2014**

Solicitante: **Joao Quintino Junior**

RX PUNHO DIREITO

LAUDO:

Presença de fratura volar do rádio distal direito.

Luxação do punho direito.

Nº.INC.....[02]

Dr. João Quintino Júnior

CREMEC: 5252

CPF: 190.151.943-00



João Quintino Junior
F.O.M.

For Opção de
Tratamento
João Quintino Junior
Tratamento de
10/10/14. 12/14. 12/14.
12/14. 12/14. 12/14.

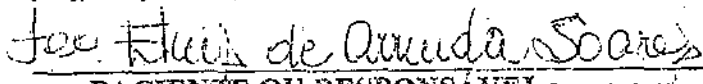
12/14/14

Dr. João Quintino Junior
CRM-5252 - CE TEOT 11.106
Traumatologia - Ortopedia

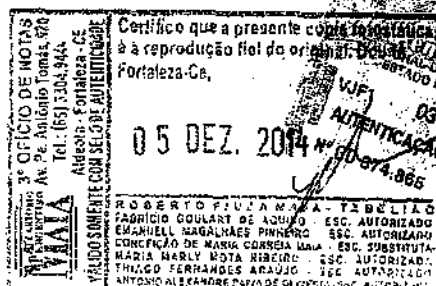
Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br - uniclinic@uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

GAMEC

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO					Cod. 09	
QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE						
NOME FRANCISCO ELVIS DE ARRUDA SOARES						☒ Interno ☐ Outras
CPF 66241928-68	RG 44016015413	IDADE 35	E.CIVIL CASADO	SEXO M		
ENDEREÇO R. SOUSA CARVALHO 690	FONE 33244180	BAIRRO BONSUCESSO	CIDADE FORTALEZA	CEP 60541-140	UF CE	
NATURALIDADE BRASILEIRO	PROFISSÃO GERENTE	HORA				
PAI IVAN SOARES DOS PRAXES			MAE MARIA NAZARÉ DE ARRUDA SOARES			
MÉDICO RESPONSÁVEL JOÃO QUINTINO JÚNIOR			CRM 5252	DATA INTERNAÇÃO 20.02.14		
				DATA ALTA 21.02.14		
QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME		RG	CPF			
PROFISSÃO		PARENTESCO	FONE			
ENDEREÇO		BAIRRO	CIDADE	CEP	UF	
O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para <u>SEGURO DPVAT</u> , assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações médicas existentes no Prontuário.						
Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.						
Fortaleza(Ce), Terça-feira, 11 de Novembro de 2014.						
 PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)						

Confirma/Imprimir



**FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PQA**

Atendimento 641.172
Nº Prontuário 215.985
Dt Internação 20/02/2014 15:21

Nome **Francisco Elvis de Arruda Soares**
Titular do Conv. **Francisco Elvis de Arruda Soares**
Estado Civil **Casado**
Nome Pai **Ivan Soares dos Prazeres**
Nascimento **12/03/1979**
Endereço **das Acacias, 690 Bonsucesso A**
Bairro **Bonsucesso**
Naturalidade

Conjuge **Ana Patricia de Araujo Monteiro Soares**
Nome Mãe **Maria Nazare de Arruda Soares**
Idade **34 Anos**
Cidade **Fortaleza**
Religião

Sexo **Masculino**
CPF **66241928368**
Identidade **94016015418**
Telefone **34595103**
Dt Entrada **20/02/2014**
Dt Alta

**21/02/14
AS 09:55**

Acomodação **Plano de Saúde**

Enfermaria **Nome**
GAMEC

GIH **Autorização**
00641172 3802874

Unidade **Empresa**
407-1

Cód.Usuário
02231300015019
Responsáveis

Nome **Ana Patricia de Araujo Monteiro Soares - Esposa**

Parentesco

Endereço **das Acacias, 690 Bonsucesso A**

Telefone **86984555**

RG

CPF **66241928368**

Nome

Parentesco

Endereço

Telefone

RG

Celular

CPF

Tel Trabalho

Queixa Principal

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

FMM Desm. com Rm D
Rec 24/2/14
Dr. José Roberto Junior
CRM: 5234
Tram. Otopedia
Médico Responsável
TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente ou responsável, Sr(a) Francisco Elvis de Arruda Soares, CPF nº 66241928368, aqui declarado, internado neste Hospital, assina, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos, materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por seu plano de saúde, assim como tenho conhecimento que o Hospital Unicli não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, jóias, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicando em quaisquer responsabilidades por parte da instituição, com danos/furtos ocorridos durante a permanência no mesmo.

Responsável pelo Atendimento
Mirila Teixeira Maia
Paciente ou Responsável



Observações de Enfermagem

Data: 20 / 02 / 14

Material Utilizado

Punção Venosa

Gelco N.º

Scalp N.º

Alcool

Algodão

Espatulado

Curativo

Gase Simples

Gase Acolchoada

Atadura

Ao 16:40 Recebi da enfermagem o C.C.
Ao 21:30 recebi encaminhado ao U.O. em estado grave em
condição de vida, valendo para procedimento de punção

Superfície do (unha)
Assinatura da Enfermagem
Carimbo da Enfermagem
Data: 20/02/14

NOME: Enoches Brito IDADE: 54
 PRONTUÁRIO: 4071 DATA DA INTERNAÇÃO: 22/02/17
 MÉDICO: Gomes UNIDADE/SETOR: P.4
 MOTIVO DA INTERNAÇÃO: m - operatório para tumor D

ENTREVISTA

Dados obtidos através: (☒) Relato do Paciente (☐) Relato do Acompanhante (☐) Sem possibilidade de entrevista
 Alérgico: (☐) SIM (☒) NÃO
 Qual (is)? _____
 Queixa (as) Principal (as): _____
 Tratamento (os) anterior (es): _____
 Integridade Emocional: (☒) Calmo (☐) Ansioso (☐) Deprimido
 Sono/Repouso (Hábitos): _____
 Hábitos: (☐) Etilismo (☐) Tabagismo (☐) Drogas
 (☐) Sedentarismo (☐) Outros: _____ (☒) Não se aplica
 Medicação em uso: _____

Antecedentes Familiares: (☐) Diabetes (☐) Doença Cardíaca (☐) HAS
 (☐) Câncer (☐) Outros: _____ (☒) Não se aplica
 Comorbidades: (☐) Asma / Pneumopatia (☐) IRC / IRA (☐) DM
 (☐) Câncer (☐) HAS (☐) Obesidade
 (☐) Doença Cardíaca (☐) Outros: _____ (☒) Não se aplica

EXAME FÍSICO

Condições de Locomoção: (☒) Deambulando (☐) Cadeira de Rodas (☐) Maca
 Dor: (☐) SIM (☒) NÃO Local: _____
 Nível de Consciência: (☒) Consciente (☐) Inconsciente (☒) Orientado
 (☐) Desorientado (☐) Sonolento (☐) Torporoso (☐) Outros: _____
 Motricidade: (☒) Preservada (☐) Déficit Motor
 Especificar: _____
 Pele: (☐) Íntegra (☐) Hidratada (☐) Hipocorada
 (☐) Hiperemiada (☐) Sudorese (☐) Desidratada (☐) Ictérica
 (☐) Lesões tipo/local: _____
 Mucosas: (☐) Sem Alterações (☐) Descoradas (☐) Hipercoreadas
 (☐) Presença de Sangramentos (☐) Outros: _____
 Região Cervical: (☒) Sem Alterações (☐) Rigidez de Nuca
 (☐) Gânglios Edemaciados (☐) Outros: _____
 Região Torácica: (☒) Simétrica (☐) Assimétrica (☐) Cicatriz
 (☐) Afundamento Retroesternal (☐) Outros: _____
 Sistema Respiratório: Frequência Respiratória _____ rpm. (☐) Eupneico
 (☐) Dispneico (☐) Bradpneico (☐) Taquipneico
 Ausculta Pulmonar: (☐) Murmúrio Vesicular (☐) Roncos (☐) Estertores
 (☐) Creptos (☐) Sibilos Especificar Local: _____
 Ventilação: (☒) Espontânea (☐) Cateter Nasal ____ L/m (☐) VM Invasiva
 (☐) Masc. Venturi ____ % (☐) VM Não Invasiva
 MASS: (☐) Presença de Varizes (☐) Presença de Edemas (☐) Sem Alterações
 (☒) Lesões fractura D (☐) Outros: _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Vida de Acesso - Técnica - Tática - Ligaduras - Drenagem - Suturas
Material Empregado - Aspectos das Visceras

1) Acesso e Camar

2) Camar

3) Abertura de Cava

4) Diferença e Fim

5) Eixo da Dura e Cava

6) e Fim da Dura e Cava

7) Fim da Dura e Cava

8) SOB. Eixo e Cava

9) Fim da Dura e Cava

10) Fim da Dura e Cava

11) Fim da Dura e Cava

GASTOS DO ANESTESISTA -

fls. 28

Cod	Medicamentos	Qte
	Adalat retard 10 mg sub - lingual	
	Adrenalina 1mg - amp	
	Agua Bidesliada 10ml - amp	
	Aminofilina 240mg - amp	
	Atropina 0.25mg 1ml - amp	
	Bextra 40mg - amp	
	Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4% - amp	
	Ciprofloxacino 100ml - bolsa	
	Clonidin 150mcg - amp	
	Dimorf SP 0.2mg - amp	
	Dimorf 2ml - amp	
	Dopamina 500mg - amp	
	Dexametazona 4mg/ml - amp	
	Diazepam 10mg - amp	
	Dipirona - amp	
	Diprivan 100mg - amp - 10ml	
	Diprivan 200mg - amp - 20ml	01
	Diprosopan - amp	
	Dolantina 100mg - amp	
	Dormonid 5mg - amp	01
	Dormonid 15mg - amp	
	Efortil 10mg - amp	
	Etomidato 20mg - amp	
	Fenergan 50mg 0,10mg - amp	
	Fentanil 2ml - amp	01
	Fentanil 5ml - amp	
	Fentanil 10ml 0,50mg - amp	
	Forane - ml	
	Gentamicina 160mg - amp	
	Glicose 25% - amp	
	Glicose 50% - amp	
	Halothano - ml	
	Heparina 25.000UI - amp	
	Ipsilon 1gr - amp	
	Ipsilon 4gr - amp	
	Isordil sub-lingual	
	Kefazol 1gr - amp	
	Keflin 1gr - amp	
	Ketalar 500mg - amp	
	Lanexat 0,5mg - amp	
	Lasix 20mg - amp	
	Metronidazol 5mg/100ml - bolsa	
	Marcaína c/ a 0,5% 20ml - amp	02
	Marcaína pesada 20mg - amp	
	Marcaína s/ a 0,5% 20ml - amp	
	Marcaína isobárica 20mg - amp	
	Nilperidol 2ml - amp	
	Narcan 0,4mg - amp	
	Naropin - 10,0mg/ml - amp	
	Nimbium 10mg - amp	
	Pancuron 2mg/2ml - amp	
	Plamet - amp	
	Plasil - amp	
	Profenid 100mg EV - amp	
	Prostigmine 0,5mg - amp	
	Quelcim 100mg - amp	
	Ranitidina - amp	
	Rapifen 25mg - amp	
	Rocefin 1gr - amp	
	Rocuron 50mg/5ml - amp	
Ass do Anestesista - CRM		

Cod	Medicamentos	Qte
	Sevorane - ml	
	Solucortef 100mg - amp	
	Solucorfe 500mg - amp	
	Sulfato de Efedrina - amp	
	Sufenta 1ml - amp	
	Sufenta 2ml - amp	
	Superan 50mg/2ml - amp	
	Ultiva 2mg - amp	
	Verapami 0,5mg - amp	
	Vancomicina 500mg - amp	
	Vitamina K - amp	
	Tilatil 20mg - amp	
	Transamin 250mg - amp	
	Tramal 100mg - amp	
	Tramal 50mg - amp	
	Xilocaina c/ a 2% 20ml - amp	
	Xilocaina gel - gr	
	Xilocaina pesada 5% - 2ml - amp	
	Xilocaina s/ a 20ml - amp	01
SOROS		
	Soro Fisiológico 0,9% 100ml	
	Soro Fisiológico 0,9% 250ml	
	Soro Fisiológico 0,9% 500ml	
	Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	
	Soro Glicofisiológico 0,5% 500ml	
	Soro Glicosado 5% 500ml	
	Soro Ringer Lactado 500ml	03
SANGUE-HEMODERIVADOS		
	Albumina	
	Hemácias	
	Plasma	
	Sangue	
MATERIAIS		
	Abocath n°	01
	Agulha Desc. Peridural n°	
	Agulha Desc. p/ raque n°	
	Agulha stimuplex	01
	Cateter p/ O2 Tipo Óculos	01
	Equipo para soro c/ injetor lateral	01
	Extensor para Equipo	01
	Equipo p/ Bomba de Infusão	
	Sonda asp. Traqueal n°	
	Sonda Nasogastrica n°	
	Sonda Endotraqueal n°	
	Sonda Endonasal n°	
	Torneira Tree-Way	01
GASES MEDICINAIS		
	Ar comprimido (Hora)	
	Gás Carbônico (Hora)	
	Oxigênio (Hora)	11
	Oxido Nitroso (Hora)	11
	Nitrogênio (Hora)	
USO DE APARELHO		
	Capnógrafo (Hora)	
	Monitor (Hora)	11
	Oxímetro (Hora)	11
Justificativa Médica:		
Mauro Ramalho Anestesista CRM 4282		

Nome do Paciente: Francisco Flávio de Arruda Soares At:
 Data: 20/02/2016 Leito: 202-1 Convênio: Unimed
 Cirurgia: Proctotomia anal para fístula do ânus Início: 20:00 Término: 21:00

NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Liga Clip N°	unid		FIOS		
Adaptador p/Soro	unid	01	Luva 6,5	unid		Aciflex N°	unid	
Água Destilada 10ml	unid		Luva 7,0	unid	03	Catgut Cromado N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Luva 7,5	unid	02	Catgut Cromado N°	unid	
Água Oxigenada	ml		Luva 8,0	unid		Cera p/ Osso	unid	
Aguilha 13x4,5	unid		Luva 8,5	unid		Fio Ethibond N°	unid	
Aguilha 25x7	unid	02	Malha Tubular N°	cm		Fio de Aço N°	unid	
Aguilha 30x8	unid		Máscara	unid	05	Fio de Kirschner N°	unid	
Aguilha 40x12	unid	03	Microporo 2,5cm	cm		Fio de Steinmann N°	unid	
Aguilha de Veres	unid		Microporo 5,0cm	cm		Fita Cardíaca	unid	
Algodão Hidrófilo	gr	20	Povidine Degermante	ml		Monocryl 3	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Povidine Tópico	ml		Monocryl 4	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Prestobarba	unid		Monocryl 5	unid	
Algodão Ortopédico	20cm		Propés	par	06	Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Raio X de controle	unid		Mononylon 3.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Rifocina	ml		Mononylon 4.0	unid	02
Atadura de Crepon	10cm		Seringa 01cc	unid		Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	15cm	02	Seringa 03cc	unid		Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 05cc	unid	02	Mononylon Especial	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 10cc	unid	02	Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 20cc	unid	01	Polydof N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 60cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Sonda de Foley N°	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda de Asp. Traq. N°	unid		Prolene N°	unid	
Azul de Metileno	ml		Soro Fisiológico 0,9% 100	unid		Prolene N°	unid	
Bolsa de karaia	unid		Soro Fisiológico 0,9% 250	unid		Seda N°	unid	
Capa Laparoscópica	unid		Soro Fisiológico 0,9% 500	unid	01	Seda N°	unid	
Cateter duplo J	unid		Soro Fisiológico 0,9% 1000	unid		Vicryl 0.0	unid	
Campo Impermeável desc	unid	01	Tala gessada	unid		Vicryl 1.0	unid	
Coletor de Urina Sit. Fecha.	unid		Taláfix tipo: <u>quadrado</u>	unid	01	Vicryl 2.0	unid	
Compressa Grande	unid	15	Tela de Marlex	unid		Vicryl 3.0	unid	01
Compressa Pequena	unid		Tipóia Descartável	unid		Vicryl 4.0	unid	
Clorexidina degermante	ml	15	Torneira Tree Way	unid		Vicryl 5.0	unid	
Clorexidina alcoólica	ml	100	Trocater N° 05mm	unid		Nitrogênio	min	001
Clorexidina aquosa	ml		Trocater N° 10mm	unid				
Dreno Penrose N°	unid		Vaselina	ml				
Dreno Portovac N°	unid		TAXAS			MATERIAL DE FORNECEDOR		
Eletrodos	unid	05	Aspirador			<u>prologix</u>		
Equipo simples	unid		Bisturi Elétrico	sim		<u>Placa ligamentar dupla plana 15</u> <u>Parafusos ligamentares</u> <u>07</u>		
Esparradrapo	unid	60	Trépano Nitrogênio	sim				
Endozime	ml		Tx. de Microscópio					
Éter	ml		Tx. de Videocirurgia					
Extensor 20cm	unid		Tx. Intensif. de Imagem	sim				
Faixa Smarch	unid		Tx. Ureterorreno					
Formol	ml		Tx. Ureterotripsor					
Gase 7,5x7,5	unid	60	OUTROS					
Gase Acolchoada	unid		Coletor de Mucosidade	unid				
Gel	gr	30	Cateter Single Lumen	unid				
Gel Foan	unid		Xylocaina	unid				
Glutaraldeido	ml		Xylocaina Gel	gr				
Gorro	unid		Xylocaina Spray	ml				
Intracath N°	unid		Naropin	unid				
Kit Dreno Tórax N°	unid		Neocaina	unid				
Lamina de Bisturi carb. N°	unid		Diprosan	unid				
Lamina de Bisturi N° 11/21	unid	02	Bicarbonato sódico	unid				
Látex	unid	01	Kollagenase	gr				

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

Paciente: Francisco Pina de Aguiar Idade: 500-40 Sexo: M Leito: 407-2
 Convênio: Uniclinic Grupo Sang.: Fator RH: Data: 20.02.14 Hora:

PRÉ-OPERATÓRIO

Hipertensão () Cardiopatias () Diabetes () Doenças Resp. () Alergias () Outros ()

Quais:

Faz uso de medicações? Sim () Não ()

Quais?

Peso Kg : Altura cm Cirurgia anterior: Sim () Não ()

Qual?

Anestesia anterior: Sim () Não ()

Tipo?

Próteses: Sim () Não () Fumante: Sim () Não ()

Cirurgia proposta: Vide apêndice Médico: Dr. Quintino

Sinais vitais: T= °C P= bpm R= rpm PA mmhg

TRANS-OPERATÓRIO

Cirurgia realizada: A meca PA 120/80 mmhg

Tipo anestésico: Biqueto + oxigênio Tempo cirúrgico: Início 20:00 Término 21:00

Medicações utilizadas: marcaine 3/2

Peça cirúrgica / corpo estranho: Destino:

Exames durante o trans-operatório: RX () ECG () Laboratório () US ()

Realizado contagem de compressas: Sim () Não ()

Instrumentador(a): Silvana Circulante: marilene

Paciente encaminhado para: SR () UTI () Posto ()

COM:

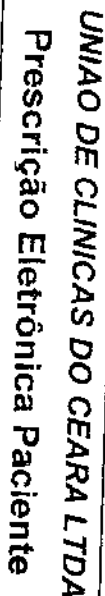
- | | | |
|------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| () Sonda nasogástrica | () Tubo endotraqueal | () Cateter venoso periférico |
| () Sonda vesical | () Cateter venoso central | () Curativo |
| () Traqueostomia | () Tampão | () Dreno |
| () Tala | | |

Intercorrências: Não houve

POS-OPERATÓRIO

Encaminhado: 21:30 hs para o leito, sob efeito anestésico em pós-operatório com curativo

Enfermagem: Francisca
 Téc. em Enfermagem
 COREN 700.530



407-1

20
5

~~11~~

Dr. S.

CRM - 5382-CE
Quirino Junior
Traumatologia, Ortopedia



NOME DO PACIENTE: <i>FSE Elvira</i>			CREDENCIAMENTO:
ENF./APTO.:	LEITO:	MÉDICO ADMITENTE:	MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

21/02/14

10:00 Paciente 34 anos, sexo masculino, negro, consciente, orientado, verbalizando, expulsa em ar ambiente. Realizada curatela com apêndice limpo e seco. Paciente de alto. Enf. estagiária: Marília Girão. Serviço 403227. Em tempo curatela com crepe.

Enf. Carla Melo

313944



uniclinic

O hospital da sua vida

BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: Fred Glus

Unidade / Serviço:

Leito: 407-01

Admissão: ____ / ____ / ____

[illegible]

MOD. 3



NOME DO PACIENTE:

F^{co} ELVIS

CREDENCIAMENTO:

ENF/APTO.:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

20/02/14

Paciente, 34a, C, 10 DEIX para pré-operatório interno de pu-
nha D. Maria NAS + 21x40cm. Em ambiente familiar, com
minimizada, mantendo-se em ambiente familiar, com
paciente, mantendo-se em ambiente familiar, com
paciente, mantendo-se em ambiente familiar, com
paciente, mantendo-se em ambiente familiar, com

Enja. Córde. me
3,2940

20/11 PM 1m 0 75
TT. am a

Dr. João Antônio Junior
CRM 22.252-CE
Trauma - Ortopedia

PM Bar al 11200

Dr. João Antônio Junior
CRM 22.252-CE
Trauma - Ortopedia

21/2/14

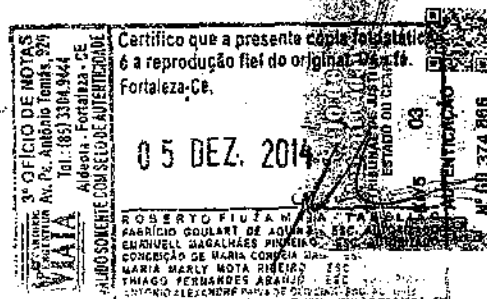
PM Bar al 11200

HCS M. M. L. P.
Dr. João Antônio Junior
CRM 22.252-CE
Trauma - Ortopedia

GAMEC

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO						Cod: 09	
QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE							
NOME FRANCISCO ELUIS DE ARRUDA SOARES						☒ Interno ☐ Outras	
CPF	RG	IDADE	E.CIVIL	SEXO			
6624192835	4016015418	35	CASADO	M			
ENDERECO	FONE	BAIRRO	CIDADE	CEP	UF		
R. SOUSA CARVALHO, 690	6624180	BONSUCESSO	FORTALEZA	6054640	CE		
NATURALIDADE	PROFISSAO	HORA					
BRASILEIRO	GERENTE						
PAI		MAE					
IVAN SOARES DOS Prazeres		MARIA NAZARE DE ARRUDA SOARES					
MEDICO RESPONSÁVEL		CRM	DATA INTERNAÇÃO		DATA ALTA		
JOAO CUNTINHO JÚNIOR		5252	20.10.14		20.10.14		
QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME		RG	CPF				
PROFISSÃO		PARENTESCO	FONE				
ENDERECO		BAIRRO	CIDADE	CEP	UF		
O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para SEGURO DPVAT , assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações médicas existentes no Prontuário.							
Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.							
Fortaleza(Ce), Terça-feira, 11 de Novembro de 2014.							
 PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)							

Confirma/Imprimir



FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PQA

Atendimento 792.089
Nº Prontuário 215.985
Dt Internação 20/10/2014 12:41

Nome **Francisco Elvis de Arruda Soares**
Titular do Conv. **Francisco Elvis de Arruda Soares**
Estado Civil **Casado**
Nome Pai **Ivan Soares dos Prazeres**
Nascimento **12/03/1979**
Endereço **das Acacias, 690 Bonsucesso A**
Bairro **Bonsucesso**
Naturalidade

Conjuge **Ana Patricia de Araujoana Patricia da S.**
Nome Mãe **Maria Nazare de Arruda Soares**
Idade **35 Anos**
Cidade **Fortaleza**
Religião

Sexo **Masculino**
CPF **66241928368**
Identidade **94016015418**
Telefone **34595103**
Dt Entrada **20/10/2014**
Dt Alta **20-10-14**

Acomodação **Enfermaria**
Unidade **501-2**
Plano de Saúde **Nome GAMEC**
GIH **02231300015019**
Autorização **3971995**
Empresa

Responsáveis
Nome **Ana Patricia de Araujo Monteiro Soares**
Endereço **das Acacias, 690 Bonsucesso a**
RG
CPF **66241928368**

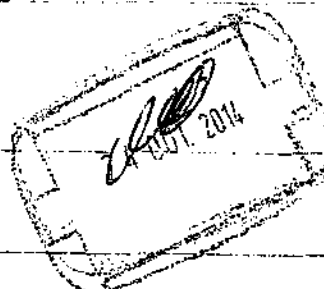
Parentesco
Telefone **86984555**

Nome
Endereço
RG
CPF

Parentesco
Telefone
Celular
Tel Trabalho

Queixa Principal:

*1 Delirio
12 hrs*



*a
6/11*

HDA:

Diagnostico Provável:

MA - 2. S. P. M. 180 R. L. H. O

Diagnóstico Definitivo:

20/10/14

Dr. João Quintino Júnior
CRM-5252
Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(a) Francisco Elvis de Arruda Soares, CPF nº 66241928368, aqui declarado, internado neste nosocômio, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por meu plano de saúde, assim como tenho conhecimento que o Hospital Uniclinic não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, jóias, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicando em qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a permanência no mesmo.

Mirla Teixeira Maia
Responsável pelo Atendimento

Mirla Teixeira Maia

Francisco Elvis de Arruda Soares
Paciente ou Responsável



Observações de Enfermagem

Data: ____/____/____

Material Utilizado

Punção Venosa

Gelco N.º

Scalp N.º

Alcool

Algodão

Esparadrapo

Curativo

Gase Simples

Gase Acolchoada

Atadura



Data: _____

Material		TOTAL
Água para Injeção 10ml		
Água para Injeção 20ml		
Agulha 13x4,5		
Agulha 25x7		
Agulha 30x8		
Agulha 40x12		
Carteier nasal		
Carteier periferico c/ dispositivo de segurança		
Eletrodo		
Equipio para bomba de infusão		
Equipio para bomba de infusão fotocensível		
Equipio simples		
Extensor 20cm		
Fita para glicemia		
Gaze acotchoade		
Gaze simples		
Insulnd		
IV 3000		
Luva estéril		
Luva de procedimento		
Seringa 10cc		
Seringa 20cc		
Seringa 3cc		
Seringa 5cc		
Seringa Insulina		
Sonda SNG		
SF 0,9% 100ml		
SF 0,9% 250ml		
Sonda aspiração traqueal		
Torneira Tree Way		

CURATIVO CVC CONVENCIONAL	
GAZE SIMPLES: 20	
MICROPORRE: 20CM	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 Par	
CLOREXIDINA ALCOOLICA: 15ml	
MÁSCARA: 01	
SF 0,9% 30ml: 01	

CURATIVO C/ ATADURA	
ATADURA _____ cm	
MICROPORRE: 20CM	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 Par	
CLOREXIDINA _____ ml	
MÁSCARA: 01	
SF 0,9% 10ml: 01	

CURATIVO TOT	
GAZE SIMPLES: 30	
SF 0,9% 10ml: 02	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 Par	
MÁSCARA: 01	

CURATIVO 6TT	
GAZE SIMPLES: 20	
SF 0,9% 10ml: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
MÁSCARA: 01	

CURATIVO 30cm	
GAZE SIMPLES: 30cm	
MÁSCARA: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 Par	
CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	

CURATIVO F.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____ ml	

CURATIVO R.O.	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORRE 30cm	
GAZE SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GOARRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 par	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Vida de Acesso - Técnica - Tática - Ligaduras - Drenagem - Suturas
Material Empregado - Aspectos das Visceras

1) Drenagem Assim Local

2) Campos dos
Assim de 100g

3) Assim volume Pulmões

4) Drenagem de Pulmão Pulmão

5) Sítio do Pulmão

6) Campos de 100g
Pulmão

Dr. João Antônio Júnior
CRM 5252 - C.R. 18.01.106
Instituição - Ortopedia

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

MOD. 122

GASTOS DO ANESTESISTA

fls. 40

Cod	Medicamentos	Qte
	Adalat retard 10 mg sub - lingual	
	Adrenalina 1mg - amp	01
	Agua Bidestiada 10ml - amp	
	Aminofilina 240mg - amp	
	Atropina 0.25mg 1ml - amp	
	Bextra 40mg - amp	
	Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4% - amp	
	Ciprofloxacino 100ml - bolsa	
	Clonidin 150mcg - amp	
	Dimorf SP 0,2mg - amp	
	Dimorf 2ml - amp	
	Dopamina 500mg - amp	
	Dexametazona 4mg/ml - amp	
	Diazepan 10mg - amp	
	Dipirona - amp	
	Diprivan 100mg - amp - 10ml	01
	Diprivan 200mg - amp - 20ml	
	Diprospon - amp	
	Dolantina 100mg - amp	
	Dormonid 5mg - amp	
	Dormonid 15mg - amp	
	Efortil 10mg - amp	
	Etomidato 20mg - amp	
	Fenergan 50mg 0,10mg - amp	
	Fentanil 2ml - amp	
	Fentanil 5ml - amp	
	Fentanil 10ml 0,50mg - amp	
	Forane - ml	
	Gentamicina 160mg - amp	
	Glicose 25% - amp	
	Glicose 50% - amp	
	Halothano - ml	
	Heparina 25.000UI - amp	
	Ipsilon 1gr - amp	
	Ipsilon 4gr - amp	
	Isordil sub-lingual	
	Kefazol 1gr - amp	
	Keflin 1gr - amp	
	Ketalar 500mg - amp	
	Lanexat 0,5mg - amp	
	Lasix 20mg - amp	
	Metronidazol 5mg/100ml - bolsa	
	Marcaína c / a 0,5% 20ml - amp	02
	Marcaína pesada 20mg - amp	
	Marcaína s / a 0,5% 20ml - amp	
	Marcaína isobárica 20mg - amp	
	Nilperidol 2ml - amp	
	Narcan 0,4mg - amp	
	Naropin - 10,0mg/ml - amp	
	Nimbium 10mg - amp	
	Pancuron 2mg/2ml - amp	
	Plamet - amp	
	Plasil - amp	
	Profenid 100mg EV - amp	01
	Prostigmine 0,5mg - amp	
	Quelicim 100mg - amp	
	Ranitidina - amp	
	Rapifen 25mg - amp	
	Rocefin 1gr - amp	
	Rocuron 50mg/5ml - amp	
Ass do Anestesista - CRM		

Cod	Medicamentos	Qte
	Sevorane - ml	
	Solucortef 100mg - amp	
	Solucorfe 500mg - amp	
	Sulfato de Efedrina - amp	
	Sufenta 1ml - amp	
	Sufenta 2ml - amp	
	Superan 50mg/2ml - amp	
	Ultiva 2mg - amp	
	Verapamil 0,5mg - amp	
	Vancomicina 500mg - amp	
	Vitamina K - amp	
	Tilatil 20mg - amp	
	Transamin 250mg - amp	
	Tramal 100mg - amp	
	Tramal 50mg - amp	
	Xilocaina c / a 2% 20ml - amp	
	Xilocaina gel - gr	
	Xilocaina pesada 5% - 2ml - amp	
	Xilocaina s / a 20ml - amp	
SOROS		
	Soro Fisiológico 0,9% 100ml	
	Soro Fisiológico 0,9% 250ml	
	Soro Fisiológico 0,9% 500ml	01
	Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	
	Soro Glicofisiológico 0,5% 500ml	
	Soro Glicosado 5% 500ml	
	Soro Ringer Lactado 500ml	01
SANGUE-HEMODERIVADOS		
	Albumina	
	Hemácias	
	Plasma	
	Sangue	
MATERIAIS		
	Abocath nº	01/01
	Agulha Desc. Peridural nº	
	Agulha Desc. p/ raque nº	
	Agulha stimplex	01
	Cateter p/ O2 Tipo Óculos	01
	Equipo para soro c/ injetor lateral	01
	Extensor para Equipo	01
	Equipo p/ Bomba de Infusão	
	Sonda asp. Traqueal nº	
	Sonda Nasogastrica nº	
	Sonda Endotraqueal nº	
	Sonda Endonasal nº	
	Torneira Tree-Way	01
GASES MEDICINAIS		
	Ar comprimido (Hora)	
	Gás Carbônico (Hora)	
	Oxigênio (Hora)	01
	Óxido Nitroso (Hora)	
	Nitrogênio (Hora)	
USO DE APARELHO		
	Capnógrafo (Hora)	
	Monitor (Hora)	01
	Oxímetro (Hora)	01
Justificativa Médica:		
A cura 2 Jul 2016 Dr. Marcelo Pereira Brandão Anestesista CRM 4282		

Nome do Paciente: Francisco - Elias de Aguiar At:
 Data: 20/10/14 Leito: 012 Convênio: Comes
 Cirurgia: Retirada de placas em punho Início: 07/10 Término: 07/10

NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Liga Clip N°	unid		FIOS		
Adaptador p/Soro	unid	01	Luva 6,5	unid		Aciflex N°	unid	
Água Destilada 10ml	unid		Luva 7,0	unid	01	Caigut Cromado N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Luva 7,5	unid	01	Caigut Cromado N°	unid	
Água Oxigenada	ml		Luva 8,0	unid	01	Cera p/ Osso	unid	
Agulha 13x4,5	unid		Luva 8,5	unid		Fio Ethibond N°	unid	
Agulha 25x7	unid		Malha Tubular N°	cm		Fio de Aço N°	unid	
Agulha 30x8	unid	01	Máscara	unid	05	Fio de Kirschner N°	unid	
Agulha 40x12	unid	02	Micropore 2,5cm	cm		Fio de Steinmann N°	unid	
Agulha de Veres	unid		Micropore 5,0cm	cm	10	Fita Cardíaca	unid	
Algodão Hidrófilo	gr	10	Povidine Degermante	ml		Monocryl 3	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Povidine Tópico	ml		Monocryl 4	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Prestobarba	unid		Monocryl 5	unid	
Algodão Ortopédico	20cm		Propés	pa	06	Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Raio X de controle	unid	01	Mononylon 3.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Rifocina	ml		Mononylon 4.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm	02	Seringa 01cc	unid		Mononylon 5.0	unid	02
Atadura de Crepon	15cm		Seringa 03cc	unid	02	Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 05cc	unid		Mononylon Especial	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 10cc	unid	01	Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 20cc	unid	01	Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 60cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Sonda de Foley N°	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda de Asp. Traq. N°	unid		Prolene N°	unid	
Azul de Metileno	ml		Soro Fisiológico 0,9% 100	unid		Prolene N°	unid	
Bolsa de karaia	unid		Soro Fisiológico 0,9% 250	unid		Seda N°	unid	
Capa Laparoscópica	unid		Soro Fisiológico 0,9% 500	unid	01	Seda N°	unid	
Cateter duplo J	unid		Soro Fisiológico 0,9% 1000	unid		Vicryl 0.0	unid	
Campo Impermeável desc	unid		Tala gessada	unid		Vicryl 1.0	unid	
Coletor de Urina Sit. Fecha.	unid		Talafix tipo:	unid		Vicryl 2.0	unid	
Compressa Grande	unid	10	Tela de Marlex	unid		Vicryl 3.0	unid	
Compressa Pequena	unid		Tipóia Descartável	unid		Vicryl 4.0	unid	
Clorexidina degermante	ml	100	Torneira Tree Way	unid		Vicryl 5.0	unid	
Clorexidina alcoólica	ml	100	Trocater N° 05mm	unid		Nitrogênio	ml	
Clorexidina aquosa	ml		Trocater N° 10mm	unid				
Dreno Penrose N°	unid		Vaselina	ml				
Dreno Portovac N°	unid		TAXAS			MATERIAL DE FORNECEDOR		
Eletrodos	unid	05	Aspirador					
Equipo simpies	unid		Bisturi Elétrico		800			
Esparradrapo	unid	10	Trépano Nitrogênio					
Endozime	ml		Tx. de Microscópio					
Eter	ml	10	Tx. de Videocirurgia					
Extensor 20cm	unid		Tx. Intensif. de Imagem					
Faixa Smarch	unid		Tx. Ureterorreno					
Formol	ml		Tx. Ureterotripsor					
Gase 7,5x7,5	unid	50	OUTROS					
Gase Acolchoada	unid		Coletor de Mucosidade	unid				
Gel	gr	20	Cateter Single Lumen	unid				
Gel Foan	unid		Xylocaina	unid				
Glutaraldeido	ml		Xylocaina Gel	gr				
Gorro	unid	06	Xylocaina Spray	ml				
Intercath N°	unid		Naropin	unid				
Kit Dreno Tórax N°	unid		Neocaina	unid				
Lamina de Bisturi carb. N°	unid		Diprosan	unid				
Lamina de Bisturi N° 01	unid	01	Bicarbonato sódico	unid				
Lex	gr	01	Kollagenase	gr				

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

Paciente: Francisco Elton Arruda Soares Idade: 39 Sexo: M Leito: 905-2
 Convênio: Unimed Grupo Sang.: _____ Fator RH: _____ Data: 20/10/2016 Hora: _____

PRÉ-OPERATÓRIO

Hipertensão () Cardiopatias () Diabetes () Doenças Resp. () Alergias () Outros ()

Quais: _____

Faz uso de medicações? Sim () Não (X)

Quais? _____

Peso 63 Kg Altura 1,74 cm Cirurgia anterior: Sim (X) Não ()

Qual? fratura de punho

Anestesia anterior: Sim (X) Não (X)

Tipo? gastro

Próteses: Sim () Não () Fumante: Sim () Não (X)

Cirurgia proposta: vide gastro Médico: Autu

Sinais vitais: T= _____ °C P= _____ bpm R= _____ mpm PA _____ mmhg

TRANS-OPERATÓRIO

Cirurgia realizada: a mesma PA 100/80 mmhg

Tipo anestésico: Bloqueio Tempo cirúrgico: Início 1920 Término 2020

Medicações utilizadas: procedura

Peça cirúrgica / corpo estranho: _____ Destino: _____

Exames durante o trans-operatório: RX (X) ECG () Laboratório () US ()

Realizado contagem de compressas: Sim (X) Não ()

Instrumentador(a): Chaves Circulante: Guilherme

Paciente encaminhado para: SR () UTI () Posto (X)

COM:

- | | | |
|------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| () Sonda nasogástrica | () Tubo endotraqueal | (X) Cateter venoso periférico |
| () Sonda vesical | () Cateter venoso central | (X) Curativo |
| () Traqueostomia | () Tampão | () Dreno |
| () Tala | | |

Intercorrências: _____

POS-OPERATÓRIO

Encaminhado: 2030 hs: paciente levado para sala de recuperação
depois de 15 min Enfe: 15 min



NOME DO PACIENTE: <u>Manoel Elias de Anunciação Santos</u>		CREDENCIAMENTO:	
ENF. APTO:	LEITO:	MÉDICO ADMITENTE:	MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

At Pac. Manoel A. Santos

Curry

Dr. João Quintino Júnior
CRM-5252 DE TEOT 11.106
Traumatologia - Ortopedia

At Pac. Manoel A. Santos

Dr. João Quintino Júnior
CRM-5252 DE TEOT 11.106
Traumatologia - Ortopedia



Enfermagem

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Alves de Almeida Soares</u>		CREDENCIAMENTO:	
ENF. APTO:	LEITO:	MEDICO ADMITENTE:	MEDICO ASS. STENTE:

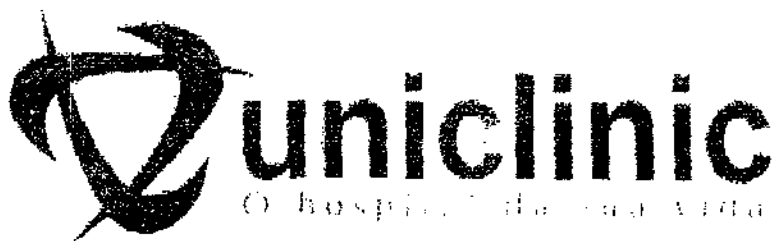
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

20/10/14 X paciente admitido para T+
Urologico (Retirada de placas) segue
consciente, eufórico, em dieta D, dorme
e vocaliza espontaneamente. Vigoroso
chamado do C-C

paciente encaminhado para C-C
no 2º andar do CC após realizar procedimento cirúrgico

20.10.14 paciente saiu de alta hospitalar
em 22.10.14 sem acompanhamento por familiares

Daniella Oliveira da Silva
Enfermeira
COREN-CE 304482



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Francisco Melles de Almeida

ENTREVISTA

Dados obtidos através:	☒ Relato do Paciente	☐ Relato do Acompanhante	☐ Sem possibilidade de entrevista
Alergias:	☐ SIM	☒ NÃO	
Qual (is)?			
Queixa (as) Principal (ias):	<i>Retirada de placa</i>		
Tratamento (os) anterior (es):			
...egridade Emocional:	☒ Calmo	☐ Ansioso	☐ Deprimido
Sono/Repouso (Hábitos):			
Hábitos:	☐ Etilismo	☐ Tabagismo	☐ Drogas
	☐ Sedentarismo	☐ Outros	☒ Não se aplica
Medicação em uso:			

Antecedentes Familiares:	☐ Diabetes	☐ Doença Cardíaca	☐ HAS
	☐ Câncer	☐ Outros	☒ Não se aplica
Co-Morbididades:	☐ Asma/Pneumopatia	☐ IRC/IRA	☐ DM
	☐ Câncer	☐ HAS	☐ Obesidade
	☐ Doença Cardíaca	☐ Outros	☒ Não se aplica

EXAME FÍSICO

Condições de Locomoção:	☒ Deambulando	☐ Cadeira de Rodas	☐ Maca
or:	☒ NÃO	☐ SIM	Local:
Nível de Consciência:	☒ Consciente	☐ Inconsciente	☒ Orientado
☐ Desorientado	☐ Sonolento	☐ Torporoso	☐ Outros
Motricidade:	☐ Preservada	☐ Déficit Motor	
Especificar:			

Pele:	☒ Inteira	☐ Hidratada	☐ Hipocorada
☐ Hiperemiada	☐ Sudorese	☐ Desidratada	☐ Ictérica
☐ Lesões			
tipo/local:			
Mucosas:	☒ Sem Alterações	☐ Descoradas	☐ Hipercoreadas
	☐ Presença de Sangramentos	☐ Outros	
Região Cervical:	☒ Sem Alterações	☐ Rigidez de Nuca	
☐ Gânglios Edemaciados	☐ Outros		
Região Torácica:	☒ Simétrica	☐ Assimétrica	☐ Cicatriz
	☐ Afundamento Retroesternal	☐ Outros	

AÇÃO: DPVAT

VITIMA:

FRANCISCO ELVIS DE ARRUDA SOARES

SINISTRO: 3150/048692

VALOR R\$: 2.362,50

ENDEREÇO:

RUA SOUSA CARVALHO CASA A 690
BONSUCESSO
FORTALEZA/CE

TELEFONE: 8624-2180/9913-5539