

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>José Teixeira de Oliveira Neto</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Sobante de T.J</u>	Carteira de Identidade: <u>99029136945</u>	
CPF nº: <u>939.181.863-34</u>	Residência: <u>R. J - Lot Pimenta Verde, St-65, nº 135</u>		
Bairro: <u>Siqueira</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60732-472</u>

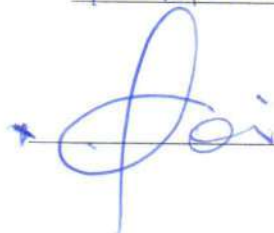
OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Bairro Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) autorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 10 de Julho de 2018.



Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Júlio Teixeira de Oliveira Neto,
 brasileiro(a), casado, selante T.I., portador da Carteira de Identidade/RG nº
99029136945, e inscrito no CPF/MF sob o nº 939.181.863-37 residente e
 domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
J- Lot. Paraiso Verde, st-65, nº 135, declaro para os devidos fins
 que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
 processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 10 de Julho de 2.018.

x [Assinatura]



TERMO DE CONSENTIMENTO DE PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Atendimento 1.749.048

Nº Prontuário 382.354

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Jose Teixeira de Oliveira Neto				Convenio	Free Life
Nascimento	11/11/1979	Idade	38 Anos	Sexo	Masculino	Conjuge
Nome Pai				Nome Mãe		
Estado Civil		Identidade	99029136945	CPF	93918186334	Data Alta:
Endereço	Rua J. 279			Profissão:		
Bairro	Siqueira	Cidade	Fortaleza - CE	Telefone	8859 8640 -	
Naturalidade				Religião		Usuário
Data Internação	14/05/2018 16:20:25			Data Alta		LaeliaSC

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome	Adilesia Ferreira Lima		Parentesco	Outros	
Endereço	Rua J. 279 Lot. Paraíso Verde		Bairro	Siqueira	Cidade
Identidade	339335799	CPF	93743238349	Telefone	FORTALEZ CE
End Comercial				Tel. Comercial	
Bairro		Cidade			

Médico(a) Responsável Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)

Eu, acima identificado, na condição de paciente/responsável legal do paciente acima identificado, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, **AUTORIZO** o profissional médico acima identificado, credenciado pelo Hospital Otológica junto com o serviço de Hemodinâmica Otológica e devidamente capacitado para tal, à realizar o procedimento anestésico (anestesia ou sedação): _____ A anestesia ou sedação a qual serei submetido(a), bem como seus benefícios, riscos, potenciais complicações e alternativas, foram claramente explicados pelo profissional médico identificado.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas de forma satisfatória e entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o procedimento, e em virtude dessas situações imprevistas, **AUTORIZO** qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo **transfusão de sangue e hemocomponentes**, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitam de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmando que recebi as explicações, li, e concordo com tudo que me foi esclarecido e tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais eu não concordasse e também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar qualquer explicação poderei revogar este consentimento, **ANTES** que o procedimento se realize, mediante solicitação por escrito.

POR EXPRESSÃO DA VERDADE, FIRMO O PRESENTE TERMO DE LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE.

Fortaleza, 14 de maio de 2018

PACIENTE / RESPONSÁVEL (NOME LEGÍVEL E Nº DO DOCUMENTO)

ANESTESIOLOGISTA

Expliquei todo o procedimento anestésico / sedativo ao paciente identificando, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____




**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO MÉDICO**

Atendimento 1.749.048

Nº Prontuário 382.354

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	Jose Teixeira de Oliveira Neto				Convenio	Free Life
Nascimento	11/11/1979	Idade	38 Anos	Sexo	Masculino	Conjuge
Nome Pai		Nome Mãe				
Estado Civil		Identidade	99029136945	CPF	93918186334	Data Alta:
Endereço	Rua J. 279	Profissão:				
Bairro	Siqueira	Cidade	Fortaleza - CE	Telefone	8859 8640 -	
Naturalidade		Religião		Usuário	LaeliaSC	
Data Internação	14/05/2018 16:20:25			Data Alta		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome	Adilesia Ferreira Lima		Parentesco	Outros		
Endereço	Rua J. 279 Lot. Paraíso Verde		Bairro	Siqueira	Cidade	FORTALEZ CE
Identidade	339335799	CPF	93743238349		Telefone	
End Comercial						Tel. Comercial
Bairro			Cidade			

Médico(a) Responsável Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)

Eu, acima identificado, na condição de paciente/responsável legal do paciente acima identificado, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, **AUTORIZO** o profissional médico acima identificado e todos os demais profissionais vinculados a assistência, devidamente capacitados para tal, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s):

Este(s) procedimento(s) cirúrgico(s) me foi(ram) explicado(s) de forma clara pelo profissional médico, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, potenciais complicações e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente que, em virtude deste procedimento cirúrgico, poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia, sangramento, infecções, problemas cardiovasculares e respiratórios, entre outras complicações mais raras e complexas.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificados(s) será necessário emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa do Código de Ética Médica, é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento/tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida. Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a minha vida (ou do paciente que represento) em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e disponíveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, **AUTORIZANDO** a realização do procedimento.

POR SER EXPRESSÃO DA VERDADE, FIRMO O PRESENTE TERMO DE LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE.

Fortaleza, 14 de maio de 2018

(ASSINATURA)
Adilesia Ferreira Lima
RG 339335799

PACIENTE / RESPONSÁVEL (NOME LEGÍVEL E Nº DO DOCUMENTO)

Paciente	Jose Teixeira de Oliveira Neto		Atendimento	1.749.048
Data Nascto.	11/11/1979	38 Anos	Prontuário	382.354
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	14/05/2018 18:20:25
Telefone	8859 8640		Convênio	Free Life Enfermaria
Leito	119 A			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
15/05/2018 08:47	15/05 08:53	Enfermeiro	Evolução		Izabel Magalhães da Silva	COREN 6927

ENFERMAGEM = MT - 15/05/2018

- 1 - Dias de Internação - DIH: 2º
 - 2 - Diagnóstico principal / secundário: PRE OP DE CORREÇÃO DE FRATURA DE METACARPO 4ºº
 - 3 - Alergias: PARACETAMOL
 - 4 - Avaliação dos Sinais Vitais: ESTÁVEIS;
 - 5 - Nível de Consciência: CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO;
 - 6 - Avaliação do Sistema Respiratório: EM AR AMBIENTE;
 - 7 - Avaliação Abdominal / Gastrointestinal / Dieta - Tipo, Via e Aceitação / Controle Glicêmico: DIETA VO COM BOA ACEITAÇÃO;/ INICIA JEJUM APÓS 12 HS.,
 - 8 - Eliminação - Diurese e Data da Última Evacuação: DIURESE PRESNETE.
 - 9 - Procedimentos invasivos (cateteres, drenos): CVP EM MSD PÉRVIO
 - 10 - Pele e Outras Alterações(curativos): MANTÉM MSE ENFAIXADO E COM TIPÓIA.
 - 11 - Queixas do Cliente: SEM QUEIXAS
 - 12 - BRADEN: SEM RISCO
- PROCEDIMENTO PREVISTO PARA 20 HS;

AVALIAÇÕES DOS RISCOS

Broncoaspiração () Úlcera por pressão () Queda (X) TEV (X) PAV () Sem Risco ()

GERENCIAMENTO DE RISCOS

Farmacovigilância	Reação Adversas:
Tecnovigilância	Equipamentos: () BIC: () Aspirador: () Monitor: () Botas Pneumáticas: ()
	Oxímetro () Equip. Ventilação () Bipap () Desmame ()
Infectovigilância	Tipo de Isolamento: Respiratório () Contato ()
Hemovigilância	CH () PL () PQT () I: T:
	Reação nos 15min: Sim () Não () Qual:
Instalação de NPT?	Sim () Não () OBS:



Izabel Magalhães da Silva
Enfermeira
COREN-CE 69348



HOSPITAL
OTO
RINOLARINGOLÓGICO

Tratando em toda a La

(Preencher caso não haja etiqueta)

Nº Atendimento:	Atend: 1749048	Pront: 382354
Paciente:	Jose Teixeira de Oliveira Neto	
Data de Nascimento:		
Data Internação:	Convênio: Free Life	Plano: Liberty Rede
Unidade de Referência:	Med: Saulo Rodrigues Moreira	
Médico:	Posto 2 - 119 A	Sexo: Masculino
	Dt Nasc: 11/11/1979	(38 anos e 6 meses)
	Cl. Ent: 14/05/2019 16:34	

Sistema de Alerta Precoce Modificado (MEWS)

	3	2	1	0	1	2	3
Score							
PA sistólica	<70	71-80	81-100	101-180	181-200	>200	
FC	<40	40-50	51-100	101-110	111-129	>130	
FR	-	<9	-	9-14	15-20	21-29	>30
Temp.	-	<35°C	35,1-36°C	36,1-38°C	38,1-38,5°C	>38,5°C	-
Vigília	-	-	-	Alerta	Verbal	Dor	Irresponsivo

Comunicar a médica se score > 3

Form_MTP 001

Data Publicação: 01/12/2017

Data da Revisão: 05/12/2017

Revisão Nº: 03

CONTROLE HEMODINÂMICO

[illegible]



7018 TONICINA DE OLIVARIA 10040

CONVÊNIO: _____

LEITO: 249

MÉDICO: *Dr. Roberto*

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	RESPIRADOR
19105168		LIG
Diet. Geral, com o ajuste de 12h.		DESL
Digiposina (500mg/12h), 20-2+10-10+10-10	7 0/2 08	OXIGÊNIO
Tab.		LIG
Insul. 802 + insul. 500.12 08 8104,	7 SN	DESL
Insul. (a obs. interna).		AR-COMPROMIDO
Insul. 300 + 100ml 10, 08, 10-08-4,	7 SN	LIG
e insul. 400. 08-08-4.		DESL
S.S.S.	Retina,	BOMBA 1ª
11	24	LIG
11/11/11		DESL
		BOMBA 2ª
		LIG
		DESL
		BOMBA 3ª
		LIG
		DESL
		MONITOR
		LIG
		DESL
		OXÍMETRO
		LIG
		DESL



Evolução Paciente

Diretor Técnico Médico:

Paciente Jose Teixeira de Oliveira Neto Data Nascto. 11/11/1979 38 Anos Sexo Masculino Telefone 8859 8640	Atendimento 1.749.048 Prontuário 382 354 Dt. Entrada 14/05/2018 16:20:25 Convênio Free Life Enfermaria
---	---

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
15/05/2018 20:15	15/05 20:17	Médico	Evolução		Saulo Rodrigues	CRM 13025

POI OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO 4º METACARPO ESQUERDO SEM INTERCORRÊNCIAS.

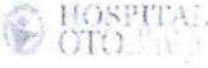
#CD:
1.A SR

Dr. Saulo Rodrigues Moreno
 Ortopedia e Traumatologia
 Rua do Sol, 1000
 Centro, 88590-000

Alta Hospitalar em 16/05/18

Dr. Saulo Rodrigues Moreno
 Ortopedia e Traumatologia
 Rua do Sol, 1000
 Centro, 88590-000



	(Preencher ca Atend: 1749048	Pront: 382354	Form_CMO 001
	Nº Atendim: Jose Teixeira de Oliveira Neto		Data publicação: 20/05/2016
	Paciente		Data da revisão:
	Data de Nasc: Convênio: Free Life Med: Saulo Rodrigues Moreira Plano: Liberty Rede		Revisão nº:
	Data Interna: Centro Cirurgico - 03		Rel. TASY:
Unidade de: Dt Nasc: 11/11/1979 Sexo: Masculino			
Médico: Dt Ent.: 14/05/2018 16:24			
Controle de Etiquetas – Materiais Esterilizados			DATA: 15/10/2018
☒ CENTRO CIRURGICO ☐ HEMODINÂMICA			
CIRURGIÃO <i>Saulo</i>			
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO			

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO			
MATERIAL:			
RESP. PREPARO:		Nº DO LOTE:	
DATA ESTERILIZAÇÃO:	VALIDADE:		
/ /	/ /		
DATA DO USO:	HORA:	S.O.:	
/ /	:		
CIRURGIÃO:			

DATA DE PREPARO	Nº DO LOTE
DATA DE VALIDADE	
DATA DO USO	
HORA	
S.O.	

INTEGRADOR

CONTROLE DE TERILIZAÇÃO			
MATERIAL:			
RESP. PREPARO:		Nº DO LOTE:	
DATA ESTERILIZAÇÃO:	VALIDADE:		
/ /	/ /		
DATA DO USO:	HORA:	S.O.:	
/ /	:		
CIRURGIÃO:			

DATA DE PREPARO	Nº DO LOTE
DATA DE VALIDADE	
DATA DO USO	
HORA	
S.O.	

INTEGRADOR



Atend.: 1749048
Conta: 2 - N° Guia no Prestador

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

3 - N° Guia Principal
351001

4 - Data de Autenticação
14/05/2018

5 - Senha
1051453

6 - Data Validade da Senha
14/05/2019

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora
1951453

8 - Número da Carteira
23741632801

9 - Validade da Carteira
31/12/2018

10 - Nome
Josefa Teixeira de Oliveira Neto

11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
N

13 - Nome do Contratado
Hospital Obodência Ltda

14 - Nome do Profissional Solicitante
Saulo Rodrigues Moreira

15 - Nome do Profissional
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Código do Procedimento
25 - Descrição
26 - Tabeta
27 - Hora Inicial
28 - Hora Final
29 - Valor Unitário (R\$)
30 - Valor Total (R\$)

31 - Código UNES
300113

32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação do Assistente (facilitar na doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Tabeta
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Valor Unitário (R\$)
40 - Valor Total (R\$)

41 - Código UNES
300113

42 - Código
43 - Valor
44 - Total
45 - Valor Unitário (R\$)
46 - Valor Total (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Observação

49 - Observação

50 - Observação

51 - Observação

52 - Observação

53 - Observação

54 - Observação

55 - Observação

56 - Observação

57 - Observação

58 - Observação

59 - Observação

60 - Observação

61 - Observação

62 - Observação

63 - Observação

64 - Observação

65 - Observação

66 - Observação

67 - Observação

68 - Observação

69 - Observação

70 - Observação

71 - Observação

72 - Observação

73 - Observação

74 - Observação

75 - Observação

76 - Observação

77 - Observação

78 - Observação

79 - Observação

80 - Observação

81 - Observação

82 - Observação

83 - Observação

84 - Observação

85 - Observação

86 - Observação

87 - Observação

88 - Observação

89 - Observação

90 - Observação

91 - Observação

92 - Observação

93 - Observação

94 - Observação

95 - Observação

96 - Observação

97 - Observação

98 - Observação

99 - Observação

100 - Observação

101 - Observação

102 - Observação

103 - Observação

104 - Observação

105 - Observação

106 - Observação

107 - Observação

108 - Observação

109 - Observação

110 - Observação

111 - Observação

112 - Observação

113 - Observação

114 - Observação

115 - Observação

116 - Observação

117 - Observação

118 - Observação

119 - Observação

120 - Observação

121 - Observação

122 - Observação

123 - Observação

124 - Observação

125 - Observação

126 - Observação

127 - Observação

128 - Observação

129 - Observação

130 - Observação

131 - Observação

132 - Observação

133 - Observação

134 - Observação

135 - Observação

136 - Observação

137 - Observação

138 - Observação

139 - Observação

140 - Observação

141 - Observação

142 - Observação

143 - Observação

144 - Observação

145 - Observação

146 - Observação

147 - Observação

148 - Observação

149 - Observação

150 - Observação

151 - Observação

152 - Observação

153 - Observação

154 - Observação

155 - Observação

156 - Observação

157 - Observação

158 - Observação

159 - Observação

160 - Observação

161 - Observação

162 - Observação

163 - Observação

164 - Observação

165 - Observação

166 - Observação

167 - Observação

168 - Observação

169 - Observação

170 - Observação

171 - Observação

172 - Observação

173 - Observação

174 - Observação

175 - Observação

176 - Observação

177 - Observação

178 - Observação

179 - Observação

180 - Observação

181 - Observação

182 - Observação

183 - Observação

184 - Observação

185 - Observação

186 - Observação

187 - Observação

188 - Observação

189 - Observação

190 - Observação

191 - Observação

192 - Observação

193 - Observação

194 - Observação

195 - Observação

196 - Observação

197 - Observação

198 - Observação

199 - Observação

200 - Observação

201 - Observação

202 - Observação

203 - Observação

204 - Observação

205 - Observação

206 - Observação

207 - Observação

208 - Observação

209 - Observação

210 - Observação

211 - Observação

212 - Observação

213 - Observação

214 - Observação

215 - Observação

216 - Observação

217 - Observação

218 - Observação

219 - Observação

220 - Observação

221 - Observação

222 - Observação

223 - Observação

224 - Observação

225 - Observação

226 - Observação

227 - Observação

228 - Observação

229 - Observação

230 - Observação

231 - Observação

232 - Observação

233 - Observação

234 - Observação

235 - Observação

236 - Observação

237 - Observação

238 - Observação

239 - Observação

240 - Observação

241 - Observação

242 - Observação

243 - Observação

244 - Observação

245 - Observação

246 - Observação

247 - Observação

248 - Observação

249 - Observação

250 - Observação

251 - Observação

252 - Observação

253 - Observação

254 - Observação

255 - Observação

256 - Observação

257 - Observação

258 - Observação

259 - Observação

260 - Observação

261 - Observação

262 - Observação

263 - Observação

264 - Observação

265 - Observação

266 - Observação

267 - Observação

268 - Observação

269 - Observação

270 - Observação

271 - Observação

272 - Observação

273 - Observação

274 - Observação

275 - Observação

276 - Observação

277 - Observação

278 - Observação

279 - Observação

280 - Observação

281 - Observação

282 - Observação

283 - Observação

284 - Observação

285 - Observação

286 - Observação

287 - Observação

288 - Observação

289 - Observação

290 - Observação

291 - Observação

292 - Observação

293 - Observação

294 - Observação

295 - Observação

296 - Observação

297 - Observação

298 - Observação

299 - Observação

300 - Observação

301 - Observação

302 - Observação

303 - Observação

304 - Observação

305 - Observação

306 - Observação

307 - Observação

308 - Observação

309 - Observação

310 - Observação

311 - Observação

312 - Observação

313 - Observação

314 - Observação

315 - Observação

316 - Observação

317 - Observação

318 - Observação

319 - Observação

320 - Observação

321 - Observação

322 - Observação

323 - Observação

324 - Observação

325 - Observação

326 - Observação

327 - Observação

328 - Observação

329 - Observação

330 - Observação

331 - Observação

332 - Observação

333 - Observação

334 - Observação

335 - Observação

336 - Observação

337 - Observação

338 - Observação

339 - Observação

340 - Observação

341 - Observação

342 - Observação

343 - Observação

344 - Observação

345 - Observação

346 - Observação

347 - Observação

348 - Observação

349 - Observação

350 - Observação

351 - Observação

352 - Observação

353 - Observação

354 - Observação

355 - Observação

356 - Observação

357 - Observação

358 - Observação

359 - Observação

360 - Observação

361 - Observação

362 - Observação

363 - Observação

364 - Observação

36

Data: 15/05/18

Paciente:

Atend: 1749048

Pront: 382354

Jose Teixeira

Oliveira Neto

Idade:

fls. 17

Apto.:

Convênio: Free Life Plano: Liberty Rede
Méd: Saulo Rodrigues Moreira
Centro Cirurgico - 03 Sexo: Masculino
Dt Nasc: 11/11/1979 (38 anos e 6 meses)
Dt Ent: 14/05/2018 16:24

Prontuário:

Óstico:

Entrou de ponto

Cirurgião:

Dr. Saulo Rodrigues

Intento Proposto:

Pro Cirurgico

1º Auxiliar:

Dr. Sílvia Torres

Intento Efetuado:

2º Auxiliar:

Respiratório

Brônquica ()
/Dispneia ()
Produtiva ()
Recente ()
Crônica ()
Patologia ()
s Pleurais ()
Hereditário ()

Gastrointestinal

Hepatite ()
Icterícia ()
RGE ()
Obst. Intest. ()
Pancreatite ()
Hemorragia ()
Estômago Cheio ()
Cirrose ()

Cardiovascular

Valvopatia ()
Alt. Congênita ()
ICC/Ortopneia ()
ECG Anormal ()
Angina/IM ()
Hipertensão ()
Varizes MMII ()
Aptidão Física Ruim ()
Ecocárdio Alterado ()

Neurológico

Coma ()
HIC ()
Lesão Medular ()
Lesão Periférica ()
Parkinson ()
Psiquiátrico ()
Cefaleia ()
Síncope/Convulsão ()
Parestesias ()

Músculo-Esquelético

Artrite ()
Doença Musc. ()
Afecção de Coluna ()
Fratura ()
Patologia Óssea ()
Osteoporose ()

Endócrino

Diabetes ()
Doença da Tireóide ()
Gestação ()
Obesidade ()
Desnutrição ()
Atraso Menst. ()

Hematológico

Anemia ()
Hemofilia ()
Coagulopatia ()
Transfusão ()

Respiratório

Asmático ()
Alergico ()
Culose ()

Renal

IRA ()
IRC ()
Infec. Urinária ()
Sangramento ()

Hábitos

Fumo ()
Alcool ()
Drogas ()

Anestesia Prévia

Regional ()
Geral ()
IOT Difícil ()

Alérgias

NENHUMA

Medicações em Uso

NENHUMA

Exame das Vias Aéreas

Mallampati I (II) III IV
Tireomentoniano () < 6 cm
(X) > 6 cm
Abertura da Boca 3.5 cm
Incis. Proeminentes () S (X) IN
Extensão Atlantoccipital () 0 () 1/2 (X) Completa

<(g) Altura (cm) Pulso P/(min) GRUPO ABO/Rh Hto (%) Hb (g) Glicemia PA (Torr)

1 Creatinina Albumina Na Cloro K KGO TGP

Físico (ASA) Pré-Medicação Jejum Médico CRM

Comentários Adicionais:

gub

Paciente **Jose Teixeira de Oliveira Neto**Data Nascto **11/11/1979** 38a 6m 4dData Entrada **14/05/2018 16:20:25**Médico Resp **Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)**Atendimento **1.749.048**Prontuário **382.354**Convênio **Free Life / Enfermaria**

Liberação

Data Prescr. **15/05/2018 16:18:00****119****Dietas** Observações

Dieta Zero

Medicamentos Diluição Dose Intervalo Via Horários D

1 Novalgina 500mg/mL inj. ampola c/ 2mL

Separar 2 Mililitros do medicamento em 18 Mililitros de AGUA P/ INJECAO AMP 10ML Administrar 20 Mililitros (6/6 h Intravenosa)

1 amp

6/6 h

IV

2 Tramal 50mg ampola

Separar 1 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Cloreto de Sodio 0,9% FR 100 ML Administrar 101 Mililitros (SN Intravenosa)

1 amp

SN //

IV

Observação: ate de 8/8h se dor intensa

3 Digesane 5mg/mL amp. c/ 2mL

Separar 2 Mililitros do medicamento em 18 Mililitros de CLORETO DE SODIO 0,9% AMP 10 ML Administrar 20 Mililitros (SN Intravenosa)

1 amp

SN

IV

SN //

Observação: ate de 8/8h se naueas e vomitos

Medicamentos de Risco - Dupla Checagem Diluição Dose Intervalo Via Horários D 1° Checagem 2° Checagem**Gasoterapia** Qt Ciclo/min Modo Resp Dispositivo Modalidade Data**Recomendações**

Sinais vitais a cada 6 horas

Curaletivo Cirurgico

Manter Acesso Periferico

Punção com Jelco

Intercorrências

Camilla da Costa Farias (COREN 312154)

Página 1

camillacf / camillacf

Paciente: Jose Teixeira de Oliveira Neto

Posto 2

119 A

HOSPITAL OTOCLÍNICA BOLETIM ANESTÉSICO		Atend: 1749048 Pront: 382354		Peso: <u>90</u> Idade: <u>39A</u>																													
		Paciente: <u>Jose Teixeira de Oliveira Neto</u> Convênio: Free Life Plano: Liberty Rede Méd: Saulo Rodrigues Moreira Centro Cirurgico - 03 Sexo: Masculino Dt Nasc: 11/11/1979 (38 anos e 6 meses) Dt. Ent.: 14/05/2018 16:24																															
Efeitos da Pré-Medicação: ☐ Ansioso ☒ Tranquilo ☐ Sedado		N°: Data: <u>15 / 05 / 18</u>		GASOMETRIA <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Temp</td><td></td></tr> <tr><td>PH</td><td></td></tr> <tr><td>pCO₂</td><td></td></tr> <tr><td>pO₂</td><td></td></tr> <tr><td>SAT</td><td></td></tr> <tr><td>BE</td><td></td></tr> <tr><td>CO₂</td><td></td></tr> <tr><td>HCO₃</td><td></td></tr> <tr><td>Hr</td><td></td></tr> <tr><td>Hg</td><td></td></tr> <tr><td>Na</td><td></td></tr> <tr><td>K</td><td></td></tr> <tr><td>Ca</td><td></td></tr> <tr><td>G</td><td></td></tr> </table>		Temp		PH		pCO ₂		pO ₂		SAT		BE		CO ₂		HCO ₃		Hr		Hg		Na		K		Ca		G	
Temp																																	
PH																																	
pCO ₂																																	
pO ₂																																	
SAT																																	
BE																																	
CO ₂																																	
HCO ₃																																	
Hr																																	
Hg																																	
Na																																	
K																																	
Ca																																	
G																																	
Hora: <u>20:00</u> <u>20:30</u> <u>21:00</u> <u>21:30</u> <u>22:00</u> Ag: <u>20:00</u> <u>20:30</u> <u>21:00</u> <u>21:30</u> <u>22:00</u> O ₂ N 20 % Difusão Cristaloide Hemoderivados X Ter: 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250 260 270 280 290 300 310 320 330 340 350 360 370 380 390 400 410 420 430 440 450 460 470 480 490 500 510 520 530 540 550 560 570 580 590 600 610 620 630 640 650 660 670 680 690 700 710 720 730 740 750 760 770 780 790 800 810 820 830 840 850 860 870 880 890 900 910 920 930 940 950 960 970 980 990 1000 1010 1020 1030 1040 1050 1060 1070 1080 1090 1100 1110 1120 1130 1140 1150 1160 1170 1180 1190 1200 1210 1220 1230 1240 1250 1260 1270 1280 1290 1300 1310 1320 1330 1340 1350 1360 1370 1380 1390 1400 1410 1420 1430 1440 1450 1460 1470 1480 1490 1500 1510 1520 1530 1540 1550 1560 1570 1580 1590 1600 1610 1620 1630 1640 1650 1660 1670 1680 1690 1700 1710 1720 1730 1740 1750 1760 1770 1780 1790 1800 1810 1820 1830 1840 1850 1860 1870 1880 1890 1900 1910 1920 1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 2000 2010 2020 2030 2040 2050 2060 2070 2080 2090 2100 2110 2120 2130 2140 2150 2160 2170 2180 2190 2200 2210 2220 2230 2240 2250 2260 2270 2280 2290 2300 2310 2320 2330 2340 2350 2360 2370 2380 2390 2400 2410 2420 2430 2440 2450 2460 2470 2480 2490 2500 2510 2520 2530 2540 2550 2560 2570 2580 2590 2600 2610 2620 2630 2640 2650 2660 2670 2680 2690 2700 2710 2720 2730 2740 2750 2760 2770 2780 2790 2800 2810 2820 2830 2840 2850 2860 2870 2880 2890 2900 2910 2920 2930 2940 2950 2960 2970 2980 2990 3000 3010 3020 3030 3040 3050 3060 3070 3080 3090 3100 3110 3120 3130 3140 3150 3160 3170 3180 3190 3200 3210 3220 3230 3240 3250 3260 3270 3280 3290 3300 3310 3320 3330 3340 3350 3360 3370 3380 3390 3400 3410 3420 3430 3440 3450 3460 3470 3480 3490 3500 3510 3520 3530 3540 3550 3560 3570 3580 3590 3600 3610 3620 3630 3640 3650 3660 3670 3680 3690 3700 3710 3720 3730 3740 3750 3760 3770 3780 3790 3800 3810 3820 3830 3840 3850 3860 3870 3880 3890 3900 3910 3920 3930 3940 3950 3960 3970 3980 3990 4000 4010 4020 4030 4040 4050 4060 4070 4080 4090 4100 4110 4120 4130 4140 4150 4160 4170 4180 4190 4200 4210 4220 4230 4240 4250 4260 4270 4280 4290 4300 4310 4320 4330 4340 4350 4360 4370 4380 4390 4400 4410 4420 4430 4440 4450 4460 4470 4480 4490 4500 4510 4520 4530 4540 4550 4560 4570 4580 4590 4600 4610 4620 4630 4640 4650 4660 4670 4680 4690 4700 4710 4720 4730 4740 4750 4760 4770 4780 4790 4800 4810 4820 4830 4840 4850 4860 4870 4880 4890 4900 4910 4920 4930 4940 4950 4960 4970 4980 4990 5000 5010 5020 5030 5040 5050 5060 5070 5080 5090 5100 5110 5120 5130 5140 5150 5160 5170 5180 5190 5200 5210 5220 5230 5240 5250 5260 5270 5280 5290 5300 5310 5320 5330 5340 5350 5360 5370 5380 5390 5400 5410 5420 5430 5440 5450 5460 5470 5480 5490 5500 5510 5520 5530 5540 5550 5560 5570 5580 5590 5600 5610 5620 5630 5640 5650 5660 5670 5680 5690 5700 5710 5720 5730 5740 5750 5760 5770 5780 5790 5800 5810 5820 5830 5840 5850 5860 5870 5880 5890 5900 5910 5920 5930 5940 5950 5960 5970 5980 5990 6000 6010 6020 6030 6040 6050 6060 6070 6080 6090 6100 6110 6120 6130 6140 6150 6160 6170 6180 6190 6200 6210 6220 6230 6240 6250 6260 6270 6280 6290 6300 6310 6320 6330 6340 6350 6360 6370 6380 6390 6400 6410 6420 6430 6440 6450 6460 6470 6480 6490 6500 6510 6520 6530 6540 6550 6560 6570 6580 6590 6600 6610 6620 6630 6640 6650 6660 6670 6680 6690 6700 6710 6720 6730 6740 6750 6760 6770 6780 6790 6800 6810 6820 6830 6840 6850 6860 6870 6880 6890 6900 6910 6920 6930 6940 6950 6960 6970 6980 6990 7000 7010 7020 7030 7040 7050 7060 7070 7080 7090 7100 7110 7120 7130 7140 7150 7160 7170 7180 7190 7200 7210 7220 7230 7240 7250 7260 7270 7280 7290 7300 7310 7320 7330 7340 7350 7360 7370 7380 7390 7400 7410 7420 7430 7440 7450 7460 7470 7480 7490 7500 7510 7520 7530 7540 7550 7560 7570 7580 7590 7600 7610 7620 7630 7640 7650 7660 7670 7680 7690 7700 7710 7720 7730 7740 7750 7760 7770 7780 7790 7800 7810 7820 7830 7840 7850 7860 7870 7880 7890 7900 7910 7920 7930 7940 7950 7960 7970 7980 7990 8000 8010 8020 8030 8040 8050 8060 8070 8080 8090 8100 8110 8120 8130 8140 8150 8160 8170 8180 8190 8200 8210 8220 8230 8240 8250 8260 8270 8280 8290 8300 8310 8320 8330 8340 8350 8360 8370 8380 8390 8400 8410 8420 8430 8440 8450 8460 8470 8480 8490 8500 8510 8520 8530 8540 8550 8560 8570 8580 8590 8600 8610 8620 8630 8640 8650 8660 8670 8680 8690 8700 8710 8720 8730 8740 8750 8760 8770 8780 8790 8800 8810 8820 8830 8840 8850 8860 8870 8880 8890 8900 8910 8920 8930 8940 8950 8960 8970 8980 8990 9000 9010 9020 9030 9040 9050 9060 9070 9080 9090 9100 9110 9120 9130 9140 9150 9160 9170 9180 9190 9200 9210 9220 9230 9240 9250 9260 9270 9280 9290 9300 9310 9320 9330 9340 9350 9360 9370 9380 9390 9400 9410 9420 9430 9440 9450 9460 9470 9480 9490 9500 9510 9520 9530 9540 9550 9560 9570 9580 9590 9600 9610 9620 9630 9640 9650 9660 9670 9680 9690 9700 9710 9720 9730 9740 9750 9760 9770 9780 9790 9800 9810 9820 9830 9840 9850 9860 9870 9880 9890 9900 9910 9920 9930 9940 9950 9960 9970 9980 9990 10000		Indução Anestésica Manutenção 1. CHEGADA DE INTUBAÇÃO + MANUTENÇÃO 2. BROMID 3 mg 3. FENTANIL 150 mcg 4. KENTAL 2g 5. DIFENIL 100 mg 6. Propofol 1mg 7. Propofol 1mg 8. Propofol 1mg 9. Propofol 1mg 10. Propofol 1mg 11. Propofol 1mg 12. Propofol 1mg 13. Propofol 1mg 14. Propofol 1mg 15. Propofol 1mg 16. Propofol 1mg 17. Propofol 1mg 18. Propofol 1mg 19. Propofol 1mg 20. Propofol 1mg 21. Propofol 1mg 22. Propofol 1mg 23. Propofol 1mg 24. Propofol 1mg 25. Propofol 1mg 26. Propofol 1mg 27. Propofol 1mg 28. Propofol 1mg 29. Propofol 1mg 30. Propofol 1mg 31. Propofol 1mg 32. Propofol 1mg 33. Propofol 1mg 34. Propofol 1mg 35. Propofol 1mg 36. Propofol 1mg 37. Propofol 1mg 38. Propofol 1mg 39. Propofol 1mg 40. Propofol 1mg 41. Propofol 1mg 42. Propofol 1mg 43. Propofol 1mg 44. Propofol 1mg 45. Propofol 1mg 46. Propofol 1mg 47. Propofol 1mg 48. Propofol 1mg 49. Propofol 1mg 50. Propofol 1mg 51. Propofol 1mg 52. Propofol 1mg 53. Propofol 1mg 54. Propofol 1mg 55. Propofol 1mg 56. Propofol 1mg 57. Propofol 1mg 58. Propofol 1mg 59. Propofol 1mg 60. Propofol 1mg 61. Propofol 1mg 62. Propofol 1mg 63. Propofol 1mg 64. Propofol 1mg 65. Propofol 1mg 66. Propofol 1mg 67. Propofol 1mg 68. Propofol 1mg 69. Propofol 1mg 70. Propofol 1mg 71. Propofol 1mg 72. Propofol 1mg 73. Propofol 1mg 74. Propofol 1mg 75. Propofol 1mg 76. Propofol 1mg 77. Propofol 1mg 78. Propofol 1mg 79. Propofol 1mg 80. Propofol 1mg 81. Propofol 1mg 82. Propofol 1mg 83. Propofol 1mg 84. Propofol 1mg 85. Propofol 1mg 86. Propofol 1mg 87. Propofol 1mg 88. Propofol 1mg 89. Propofol 1mg 90. Propofol 1mg 91. Propofol 1mg 92. Propofol 1mg 93. Propofol 1mg 94. Propofol 1mg 95. Propofol 1mg 96. Propofol 1mg 97. Propofol 1mg 98. Propofol 1mg 99. Propofol 1mg 100. Propofol 1mg 101. Propofol 1mg 102. Propofol 1mg 103. Propofol 1mg 104. Propofol 1mg 105. Propofol 1mg 106. Propofol 1mg 107. Propofol 1mg 108. Propofol 1mg 109. Propofol 1mg 110. Propofol 1mg 111. Propofol 1mg 112. Propofol 1mg 113. Propofol 1mg 114. Propofol 1mg 115. Propofol 1mg 116. Propofol 1mg 117. Propofol 1mg 118. Propofol 1mg 119. Propofol 1mg 120. Propofol 1mg 121. Propofol 1mg 122. Propofol 1mg 123. Propofol 1mg 124. Propofol 1mg 125. Propofol 1mg 126. Propofol 1mg 127. Propofol 1mg 128. Propofol 1mg 129. Propofol 1mg 130. Propofol 1mg 131. Propofol 1mg 132. Propofol 1mg 133. Propofol 1mg 134. Propofol 1mg 135. Propofol 1mg 136. Propofol 1mg 137. Propofol 1mg 138. Propofol 1mg 139. Propofol 1mg 140. Propofol 1mg 141. Propofol 1mg 142. Propofol 1mg 143. Propofol 1mg 144. Propofol 1mg 145. Propofol 1mg 146. Propofol 1mg 147. Propofol 1mg 148. Propofol 1mg 149. Propofol 1mg 150. Propofol 1mg 151. Propofol 1mg 152. Propofol 1mg 153. Propofol 1mg 154. Propofol 1mg 155. Propofol 1mg 156. Propofol 1mg 157. Propofol 1mg 158. Propofol 1mg 159. Propofol 1mg 160. Propofol 1mg 161. Propofol 1mg 162. Propofol 1mg 163. Propofol 1mg 164. Prop																															

 HOSPITAL OTOclínica <i>Tradição em cuidar bem</i>	Atend: 1749048 Pront: 382354 N° Atendimento: Jose Teixeira de Oliveira Neto Paciente: _____ Data de Nasc: _____ Data Internaç: _____ Unidade de Ir: _____ Médico: _____		Form_CCR 001 Data Publicação: 14/09/2016 Data da Revisão: 20/09/2016 Revisão N°: 01		
	NOTA DE SALA - CENTRO CIRÚRGICO		DATA: 15/05/2018		
CIRURGIÃO <i>SALVO</i>		1º AUXILIAR <i>SILVET</i>			
CIRCULANTE <i>WILSON RODRIGUES</i>		ANESTESISTA <i>GEORGE</i>			
INSTRUMENTADOR(A) <i>Breno (Cirurgião)</i>		SALA <i>03</i>			
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO <i>OSTEOSSÍNTESIS DE FRACTURA DE FÊMUR E MEMBRO INFERIOR</i>					
MATERIAIS					
MATERIAL	UNID	QUANTIDADE	MATERIAL	UNID	QUANTIDADE
ABBOCATH N°	UN		LÂMINA DE BISTURI CARBONADA N°	UN	
AGULHA 13 x 4,5	UN		LÂMINA TRICOTOMIA	UN	
AGULHA 25 x 7	UN		LÂTEX	UN	
AGULHA 40 x 12 ⁰ / ₁₆	UN	02 ✓	LIXA PARA BISTURI	UN	
AGULHA 30 x 8	UN		LUVA N° 6,5 ESTERIL	UN	
ALÇA P/ AMIGDALECTOMIA	ML		LUVA N° 7 ESTERIL	UN	
ALGODÃO HIDRÓFILO	GR		LUVA N° 7,5 ESTERIL ⁰ / ₁₆	UN	05 ✓
ALGODÃO ORTOPÉDICO	UN		LUVA N° 8 ESTERIL ⁰ / ₁₆	UN	02 ✓
ATADURA DE CREPOM N° 15	UN	02 ✓	LUVA N° 8,5 ESTERIL	UN	
ATADURA DE CREPOM N° 10	UN	02 ✓	LUVA PROCEDIMENTO	UN	
ATADURA GESSADA N°	UN		MALHA TUBULAR	UN	
ATADURA GESSADA N°	CJ		MÁSCARA DESCARTÁVEL	UN	06
AVENTAL DESCARTÁVEL	UN		MICROPORE	UN	
BROCA CORTANTE (MASTOÍDE)	UN		PALITO	UN	
CAMPO IMPERMEÁVEL DESC.	UN	01 ✓	PLACA DESCARTÁVEL	UN	01 ✓
CAMISA LAPAROSCÓPICO (DESC.)	UN		PROPÊS	UN	14
CANETA BISTURI (DESC.)	UN		ROLO DENTAL	UN	
CANETA BIPOLAR	UN		SERRA DE GIGLI N°	UN	
CAPA MICROSCÓPICO (DESC.)	UN		SERINGA DESCARTÁVEL 3 CC	UN	01 ✓
CLIP LAPAROSCÓPICO (DESC.) N° 300	UN		SERINGA DESCARTÁVEL 5 CC	UN	01 ✓
CLIP LAPAROSCÓPICO (DESC.) N° 400	CM		SERINGA DESCARTÁVEL 10 CC ⁰ / ₁₆	UN	07 ✓
COBAN	UN		SERINGA DESCARTÁVEL 20 CC	UN	01 ✓
COLETOR DE URINA (FECHADO)	UN		SERINGA DESCARTÁVEL 60 CC	UN	
COLETOR UNIVERSAL	UN		SONDA FOLEY 2 VIAS N°	UN	
CONE LUER	UN		SONDA FOLEY 3 VIAS N°	UN	
COMPRESSA CIRÚRGICA (DESC.) ⁰ / ₁₆	UN	10 ✓	SONDA P/ ASPIRAÇÃO N°	UN	
COMPRESSA PEQUENA	UN		SONDA URETAL N°	UN	
COTONETE	UN		TAMPÃO NASAL	UN	
DRENO PENROSE N°	UN		TRANSPORE	UN	
EQUIPO MACOGOTAS (SIST. FECHADO)	UN		TRANSOFIX (ADAPTADOR SORO)	UN	01 ✓
EQUIPO PARA SORO (INTRAFIX)	CM		IV FIX	UN	
ESPARADRAPO	UN		KIT JOELHO	UN	
FAIXAR DE SMACH TAMANHO	UN		KIT LAP (UNIVERSAL)	UN	
GASE 7,5 x 7,5 ⁰ / ₁₆	UN	20 ✓	KIT OMBRO	UN	
GASE ALCOCHOADA	UN		<i>impermeável</i>	UN	01 ✓
GORRO DESCARTÁVEL	UN	07 ✓	<i>tipica</i>	UN	01 ✓
LÂMINA DE BISTURI N° 15 ⁰ / ₁₆	UN	01 ✓			

Dados Pós-Operatório

Tipo de Anestesia: ☐ Geral ☐ Peridural ☐ Sedação ☐ Raquidiana ☒ Bloqueio com sedação

Tempo de Operação: 2h

Transusão: ☐ Sim ☒ Não Especifique:

Posicionamento na mesa operatória: DD

PASSAGEM DE PLANTÃO

Encaminhado para: SR Passado plantão para:
Encaminhado com: ☐ Meias elásticas ☐ Anti-trombolítico Mecânico
Acessórios respiratórios: ☐ Acessórios ortopédicos
Outros acessórios: ☐ Bombas ☐ Infusão ☐ Outros
Peças e solicitações:
Exames: RX

DATA E HORA: 15/01/2018 22:00

ENFERMAGEM: [assinatura]

COREN: [assinatura]

Recuperação Pós Anestésica

AValiação DAS CONdições DO PACIENTE NA ADMissão E ALTA

PARÂMETROS A SEREM AVALIADOS

Admissão

Alta

Acessos ☐ Venoso ☒ Periférico ☐ Central ☐ Arterial
Local: MSD

MSD

MSD

Comportamentos (C) Calmo (AG) Agitado (AR) Agressivo

C

C

Sistema Respiratório Via aérea: (P) Pérvia (G) Cânula de guedel

P

P

Exp. Torácica: (S) Sincrônico (A) Assincrônico

S

S

Retração Muscular

-

-

Sistema Cardiovascular Ritmo Sinusal

N

N

(B) Bradicardia (T) Taquicardia

N

N

Sistema Digestório Náuseas e vômitos (A) Ausentes (P) Presentes

A

A

Apenas náuseas presentes

-

-

Abdome: (P) Plano (G) Globoso (F) Flácido

I

I

(D) Distendido (DL) Doloroso (I) Indolor

I

I

Sistema Renal Diurese: (A) Ausente (E) Espontâneo

E

E

(R) Retenção (I) Incontinência

E

E

SVD ou SVA

-

-

Incisão Cirúrgica (curativo)

Limpo

L

L

Parcialmente embebido em sangue

/

/

Totalmente embebido em sangue

/

/

Local

Drenos/Outros

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Antônio Carlos da Silva
Condições e exames
Vital: 120/80/70/20
CA 100% O2
FC 82 bpm

AS 22:00 PACIENTE ADMITIDO NA SARA
APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FARI-
DA METACARPO MSE JOE GLOBOSO NA
MANO - PACIENTE COM ACESIO PERIFERICO
NO MSD, CURATIVO CIRÚRGICO LIMPO E SEM
VITAIS ESTÁVEIS, LEVE AS ORIENTAÇÕES.

Antônio Carlos da Silva
Anestesiologista
CRM 13060

Antônio Carlos da Silva
Anestesiologista
CRM 13060

AS 23:00 ALTA DA SARA OI TUDO A
CONTINUA MELHOR.

Checklist de Verificação de Cirurgia Segura

Checkagem antes da Indução Anestésica SIGN IN	Checkagem antes da Incisão Cirúrgica TIME OUT (Verbal)	Checkagem antes da saída do Paciente da Sala de Operação SIGN OUT
Horário: <u>20:00</u> Paciente confirma: <u>NOME</u> Dois Identificadores do Paciente foram checados? (Nome completo e n° do prontuário) Sim ☒ Não ☐ Procedimento: <u>TRATAMENTO CIRÚRGICO</u> ☒ Jejum? <u>TEMPO 72E</u> ☐ Banho anti-séptico? Enfermagem confirma e checa no prontuário: ☒ Local demarcado? <u>173E</u> ☐ Não se aplica Reserva de UTI? ☐ Sim ☒ Não se aplica Equipamentos/materiais de anestesia e/ou cirurgia estão funcionando e disponíveis? (checados na montagem) ☒ Sim ☐ Não Exames relacionados (laboratoriais, imagens, entre outros) ☒ Sim ☐ Não se aplica O PACIENTE POSSUI: Alergia conhecida? ☒ Sim <u>YANOTAND</u> ☐ Não Via aérea difícil/risco de aspiração? ☐ Sim ☒ Não (equipamentos/ assistência disponível) Risco de perda sanguínea (> 500ml ou 7ml/kg criança)? ☐ Sim ☒ Não (acesso endovenoso adequado, tipagem colhida e reserva de sangue disponível) Cirurgião: <u>JACIO</u>	Horário: <u>20:00</u> Todos confirmam: ☒ Confirmar a apresentação de todos os membros da equipe pelo nome e função ☒ Cirurgião, Anestesiologista e Enfermagem confirmam verbalmente: *Paciente *Local *Procedimento ☒ Os equipamentos/ materiais de anestesia/cirurgia estão funcionando e disponíveis? (checados na montagem) Antecipação de Eventos Críticos: Cirurgião aponta momento críticos da cirurgia, tempos principais do procedimento e riscos. ☒ Sim ☐ Não Enfermagem e Instrumentador: Todos os materiais e equipamentos estão estéreis (integrador) e disponíveis? ☒ Sim ☐ Não A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? ☐ 60 min antes da incisão cirúrgica ☒ No momento da incisão cirúrgica ☐ Não se aplica	Horário: <u>20:00</u> Enfermagem confirma: Soros de infusão, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão adequadamente identificados? ☐ Sim ☐ Não se aplica ☐ Pulseira de identificação no paciente Cirurgia realizada: <u>TRATAMENTO CIRÚRGICO</u> Duração da cirurgia: <u>2h</u> Contagem de Compressas/Gazes: Compressas: Entrega (em unidades): _____ Recebidas (em unidades): _____ Contagem ok? ☒ Sim ☐ Não, solicitar RX. Gazes: Entrega (em unidades): <u>30</u> Recebidas (em unidades): <u>30</u> Contagem ok? ☒ Sim ☐ Não, solicitar RX. Enfermagem inspeciona: Houve lesão de pele relacionado ao uso do bisturi elétrico? ☐ Sim ☒ Não Problemas com esterilização? ☐ Sim ☒ Não Problemas com equipamentos? ☐ Sim ☒ Não Outras não conformidades: Uso do colchão térmico? ☐ Sim I: _____ T: _____ Temp: _____ °C ☐ Não Anatomia patológica: Peça cirúrgica e/ou líquor ☐ Sim ☐ Não Confirmar Identificação da Peça e/ou líquor ☐ Sim ☐ Não Congelamento: ☐ Sim ☐ Não Encaminhar: ☐ Laboratório ☐ Família Quantidade de Peças: _____ ☐ ☐ Enfermagem:

 HOSPITAL OTO OTO CARDIO		(Preschegar caso não haja etiqueta)		Form_CCR 008	
N° Atendimento: Atend: 1749048		Pront: 382354		Data Publicação: 14/09/2018	
Paciente: Jose Teixeira de Oliveira Neto				Data da Revisão: 17/01/2019	
Data de Nascimento:		Convênio: Free Life		Plano: Liberty Rede	
Data Internação:		Méd: Saulo Rodrigues Moreira		Posto 2 - 119 A	
Unidade de Internação:		Dt Nasc: 11/11/1979		Sexo: Masculino	
Médico:		Id: 1410412018		(38 anos e 8 meses)	
PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA					
1. PROCEDÊNCIA			8. SISTEMA CARDIOVASCULAR		
☐ Emergência			☐ Hemodinâmica		
☐ Unidade de Internação			☐ Outros:		
☐ C. Cirúrgico			☐ Outros:		
2. CIRURGIA			9. SISTEMA GASTROINTESTINAL		
Cirurgias Anteriores: ☐ Sim ☒ Não			Achados clínicos:		
Quais?			☐ Pele Fria		
Proposta Cirúrgica: <u>Transcatheter Aortic Valve Replacement (TAVI)</u>			☐ Hipotensão		
☐ Direito ☐ Não se aplica ☒ Esquerdo			☐ Adinamia		
3. PRESCRIÇÃO / PLANEJAMENTO			☐ Turgência de Jugular		
Solicitar Tipagem ☐ Sim ☐ Não			☐ Edema de Extremidades		
Banho Pré-Operatório ☒ Sim ☐ Não			☐ Cianose		
Retirar: ☐ Óculos ☒ Adornos			☐ Sudorese		
☐ Lentes de Contato ☒ Prótese Dentária ☐ Outros			☐ Hipertensão		
3.1. ITENS ENCAMINHADOS			☐ Palidez		
☐ Meias Elásticas ☒ Sutiã			☐ Outros:		
☐ Cinta ☐ Outros:			10. SISTEMA GENITOURINÁRIO		
☐ Tipóia			Dieta:		
4. FATORES DE RISCOS ANTERIORES			☒ Via oral ☐ Gastrostomia		
☐ Dislipidemias ☐ DM			☐ SNG ☐ SNE		
☐ Etilismo ☐ Cardioplastia			☐ Jejuno: ☐ Outros:		
☐ HAS ☐ Obesidade			Jejum a partir das: _____ : _____ h		
☐ Hipo / Hipertireoidismo ☐ Comprom. Renal			Resíduo/Característica:		
☐ Comprom. Pulmonar			Intolerância / Alegria Alimentar:		
5. MEDICAMENTOS DE USO DOMICILIAR / HOSPITALAR			11. IDENTIFIQUE OS ACHADOS LIGADOS AO EXAME FÍSICO		
Drogas	Dose	Posologia	Horário	1. ☐ SNE ☐ SNG	
<u>Paracetamol</u>	<u>500mg</u>	<u>1x3</u>	<u>5h</u>	2. Drenos: ☐ Med. ☐ TX ☐ Portovac ☐ J VAC	
				3. Fraturas:	
				4. Aparelho Gessado:	
				5. Deformidades Ósseas:	
				6. Amputações:	
				7. Curativos Cirúrgicos:	
				8. Hematomas ☐ Equimoses ☐	
				9. Edema ☐	
				10. Acesso Venoso Central ☐	
				11. Acesso Venoso Periférico ☐	
				12. Cateter de HD ☐	
				13. Fistula AV ☐	
				14. PAM	
				15. Cateter de Swan-Ganz	
				16. SVD	
				17. Queimaduras	
				18. TOT ☐ TQT	
				19. MP Provisório:	
				20. Outros:	
6.1. SINAIS VITAIS			7. SISTEMA NEUROLÓGICO		
FC: <u>84</u>	FR: <u>18</u>	PA: <u>130 x 80</u>	Nível de Consciência: <u>Alerta/Resposta</u>		
T: <u>36.8</u>	Peso: <u>57kg</u>	Altura: <u>1.76</u>	Deficit Motor:		
Alergias: Não ☐ Sim ☒ <u>Paracetamol</u>			☒ Não ☐ Sim Qual(is)		
Data e Hora: <u>14/09/2018</u>			ENFERMAGEM:		
COREN:			COREN:		



Evolução Paciente

Paciente	Jose Teixeira de Oliveira Neto		Atendimento	1.749.048
Data Nascto.	11/11/1979	38 Anos	Prontuário	382.354
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	14/05/2018 16:20:25
Telefone	8859 8640		Convênio	Free Life Enfermaria
Leito	119 A			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
15/05/2018 23:14	15/05 23:27	Enfermeiro	Evolução		Laysla Silva Basilio	

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM - NOITE

15/05/2018

PACIENTE RETORNOU DA UTI POS AS 21:10H
POI DE FX DE 4º METACARPO/FALANGE

1 - Avaliação Neurológica (avaliação pupilar, glasgow, ramsay, delirum/CAM e demais alterações): CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO AS NHB'S E DEAMBULANDO

2 - Avaliação Hemodinâmica (estado hemodinâmico do paciente e demais alterações): SSVV ESTAVEIS

3 - Avaliação Respiratória (padrão respiratório, uso de dispositivos respiratórios, oxigenioterapia e demais alterações): EUPNEICO EM AR AMBIENTE - MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATORIO

4 - Avaliação da Pele (descrição das lesões, tolerando ou não mudança de decúbito e demais alterações): PELE INTEGRAL EM RELAÇÃO A LPP
MANTEM TALA GESSADA + TIPOIA

5 - Intercorrências diversas (exames, procedimentos, sangramentos, suspensão de dieta e demais intercorrências): SEM QUEIXAS DURANTE A VISITA

6 - MORSE: BAIXO RISCO
LIBERADO DIETA CPM
AGUARDA DIURESE ESPONTANEA

GERENCIAMENTO DE RISCOS

Farmacovigilância	Reação Adversas:				
tecnovigilância	Equipamentos: ()	BIC: ()	Aspirador: ()	Monitor: ()	Botas Pneumáticas: ()
	Oxímetro: ()	Equip. Ventilação: ()	Bipap: ()	Desmame: ()	Manta Térmica: ()
Infectovigilância	Tipo de Isolamento: Respiratório () Contato ()				
Hemovigilância	CH ()	PL ()	PQT ()	I: ()	T: ()
	Reação nos 15min: Sim () Não () Qual:				
Instalação de NPT?	Sim () Não () OBS:				





Evolução Paciente

Paciente	Jose Teixeira de Oliveira Neto		Atendimento	1.749.048
Data Nascto	11/11/1979	38 Anos	Prontuário	382.354
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	14/05/2018 15:20:25
Telefone	8859 8640		Convênio	Free Life Enfermaria
Leito	119 A			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
16/05/2018 07:22	16/05 07:25	Enfermeiro	Evolução		Izabel Magalhães da Silva	COREN 6927

ENFERMAGEM = MT = 16/05/2018

1º PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE METACARPO EM FALANGE;

ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO;

EM AR AMBIENTE;

DIETA VO COM BOA ACEITAÇÃO; ABDOME INOCENTE;

DIURESE PRESENTE E ESPONTÂNEA;

SSVV ESTÁVEIS;

PACIENTE SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO PERÍODO E DE ALTA HOSPITALAR.

Izabel Magalhães da Silva
Enfermeira
COREN 6927





HOSPITAL OTO
Evolução da vida humana

(Preencher caso não seja atendida)

Nº Atendimento: 1749048 Pront: 382354

Paciente: **Jose Teixeira de Oliveira Neto**

Data de Nascimento: **11/11/1979** Sexo: **Masculino**

Data Internação: **Med. Saulo Rodrigues Moreira** Unidade de In: **Posto 2 - 119 A**

Médico: **Dr. Saulo Rodrigues Moreira** (38 anos e 6 meses)

Sistema de Alerta Precoce Modificado (MEWS)

Score	0	1	2	3
PA sistólica	101-180	181-200	>200	>200
FC	51-100	101-110	111-129	>130
FR	9-14	15-20	21-29	>30
Temp.	36,1-38°C	38,1-38,5°C	>38,5°C	
Vigília	Alerta	Verbal	Dor	Inresponso

Comunicar a médica se score > 3

Form_MTP 001

Data Publicação: 01/12/2

Data da Revisão: 05/12/2

Revisão Nº: 03

CONTROLE HEMODINÂMICO																			Peso:	kg	Altura:	Data:	15/05/18		
ELIMINADOS																									
HORA	VO	DIETA	WEDIC	WV	DIETAS	KPI	TOMAS	PARCIAL	RG	DRENO	OUTRIS	HD	DIURESE	EVACUAÇÃO	PARCIAL	BALANÇO	PA	FC	T	NÍVEL	MEWS	SgO2	GLUCEMIA	ASSINA	
14:00	3												++				130/80	65	36,1	18			98%		
15:00	0																								
16:00	0																								
17:00	0																								
18:00	0																								
19:00																									
BP																									
20:00																									
21:00																									
22:00																									
23:00																									
00:00																									
01:00	90																120/80	48	36,1	14					
BP	80																								
02:00																									
03:00																									
04:00																									
05:00																									
06:00	180																120/80	48	36,1	14					
07:00																									
BP	180																								
08:00																									
09:00																									
10:00																									
11:00																									
12:00																									
13:00																									
BP																									
INFUNDIDOS																									
									</																



Hospital Otoclinica Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



2224377

Paciente **Jose Teixeira de Oliveira Neto**
 Data Nascto 11/11/1979 38a 6m 4d
 Data Entrada 14/05/2018 15:20:25
 Médico Resp Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)

Atendimento 1.749.048
 Convênio Free Life / Enfermaria
 Liberação 15/05/2018 20:23:05
 Data Prescr. 15/05/2018 20:19:00

Prontuário 382.354

119 A

Dietas		Observações				
Dieta Geral		0				
Soluções		Horários				
1 Vol. 1000ml/24h a 13,8889gt/m Agora em Equipamento		das 20:23 às 08:23 das 08:23 às 20:23				
Soro fisiológico 0,9% 500mL (sist.		500 ml				
Medicamentos	Diluição	Dose	Intervalo	Via	Horários	D
1 Zofran 4mg inj. ampola c/ 2mL	Separar 4 Mililitros do medicamento em 50 Mililitros de Soro glicosado 5% 100mL (sist. fechado) Administrar 54 Mililitros (8/8 h Intravenosa)	1 amp	8/8 h	IV	24 08 12	1º
2 Tramal 100mg amp.	Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Cloreto de Sódio 0,9% FR 100 ML Administrar 102 Mililitros (8/8 h Intravenosa)	1 amp	8/8 h	IV	24 08	
3 Pantozol 40mg inj.		1 FA	1x ao dia	IV	24 08	
5 Kefazol 1g Inj.	Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 20 Mililitros de AGUA P/ INJECAO AMP 10ML Administrar 20 Mililitros (8/8 h Intravenosa) em 15 minutos	1 FA	8/8 h	IV	24 08 12	1º

Justificativa:

PROFILAXIA

Objetivo do uso: Profilático cirúrgico - Origem da infecção: Hospitalar - Topografia: ISC

Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)

Página 1

SauloRM / SauloRM

Paciente: Jose Teixeira de Oliveira Neto

Centro Cirurgico

03

MATERIAIS ESPECIAIS					
MATERIAIS ESPECIAIS	UNID	QUANTIDADE	MATERIAIS ESPECIAIS	UNID	QUANTIDADE
AGULHA DE CHIBA	UN		KIT DRENO DE TORAX Nº	UN	
AGULHA P/ PUNÇÃO PERCUTÂNEA	UN		KIT GASTROSTOMIA Nº	UN	
AGULHA V ERRES	UN		KIT PAM	UN	
ALÇA P/ RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	UN		PROTÉSE TEFLON	UN	
ALÇA P/ URETROTOMIA (FACE DE SASCE)	UN		RESERVATÓRIO JVAZ Nº	UN	
CATETER DUPLO J Nº	UN		SONDA CRAWFORD	UN	
CATETER DE FOGARTY	UN		SONDA DORMIA C/ PONTA	UN	
CATETER INTRACATH Nº	UN		STERI DRAPE	UN	
CATETER DE PIELOGRAFIA	UN		SONDA DORMIA S/ PONTA	UN	
COTONÓIDE	UN		SURGICEL	UN	
DRENO DE BLAKE Nº	UN		TELA DE MARLEX TAM:	UN	
DRENO DE SUÇÃO Nº	UN		TROCATER LAPAROSCÓPICO DESC. Nº	UN	
GELFOAN/SPONGOSTAN	UN		TROCATER LAPAROSCÓPICO DESC. Nº	UN	
HEMOCLIP COR	UN		TROCATER LAPAROSCÓPICO DESC. Nº	UN	
KIT CATETER DUPLO J Nº	UN		TROCATER LAPAROSCÓPICO DESC. Nº	UN	
KIT CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	UN		TROCATER LAPAROSCÓPICO PERMANENTE	UN	
KIT CATETER VENOSO SINGLE LUMEN	UN		TUBO DE VENTILAÇÃO Nº	UN	
KIT DILATADOR AMPLATZ	UN				
FIOS CIRÚRGICOS					
FIOS CIRÚRGICOS	UNID	QUANTIDADE	FIOS CIRÚRGICOS	UNID	QUANTIDADE
ACILEX	UN		MONONYLON 2-0	UN	
CAPROFLYL 0	UN		MONONYLON 3-0	UN	
CAPROFLYL 2-0	UN		MONONYLON 4-0	UN	
CAPROFLYL 3-0	UN		MONONYLON 5-0	UN	01 ✓
CAPROFLYL 5-0	UN		MONONYLON 6-0	UN	
CAT GUT 0	UN		POLYCOT COM AGULHA Nº	UN	
CAT GUT 2-0	UN		POLYCOT COM AGULHA Nº	UN	
CAT GUT 3-0	UN		POLYCOT SEM AGULHA Nº	UN	
CAT GUT 4-0	UN		POLYCOT SEM AGULHA Nº	UN	
CAT GUT 5-0	UN		POLYCOT SEM AGULHA Nº	UN	
CAT GUT CROMADO 2-0	UN		POLYCOT SEM AGULHA Nº	UN	
CAT GUT CROMADO 3-0	UN		POLYCOT SEM AGULHA Nº	UN	
CAT GUT CROMADO 4-0	UN		POLYCOT SEM AGULHA Nº	UN	
CAT GUT CROMADO 5-0	UN		PROLENE Nº	UN	
CERA PARA OSSO	UN		PROLENE Nº	UN	
ETHIBOND 2	UN		PROLENE Nº	UN	
ETHIBOND 5	UN		PROLENE Nº	UN	
FIOS DE MARCAPASSO	UN		PROLENE Nº	UN	
FIO GUIA HIDROFÍLICO 0,35	UN		PROLENE Nº	UN	
FIO GUIA TEFLONADO Nº	UN		SEDA	UN	
FIO DE KIRSHNER Nº	UN		SEDA OFT Nº	UN	
FIO STAIMAN Nº	UN		VICRYL 0	UN	
FITA CARDIACA	UN		VICRYL 2.0	UN	
MONOCRYL 0	UN		VICRYL 3.0	UN	
MONOCRYL 2-0	UN		VICRYL 4.0	UN	
MONOCRYL 3-0	UN		VICRYL 5.0	UN	
MONOCRYL 4-0	UN		VICRYL 6.0	UN	
MONOCRYL 5-0	UN		VICRYL 7.0 OFT	UN	
MONONYLON DUPLO	UN		VICRYL RAPIDY	UN	
SOLUÇÃO					
SOLUÇÃO	UNID	QUANTIDADE	SOLUÇÃO	UNID	QUANTIDADE
ÁGUA OXIGENADA	ML		CLOREXIDINA DEGERMANTE	ML	120
AZUL DE METILENO	AMP		GLUTARALDEÍDO 2%	GR	
ÁLCOOL IODADO	ML		POVIDINE TÓPICO	ML	



Evolução Paciente

Paciente	Jose Teixeira de Oliveira Neto		Atendimento	1.749.048
Data Nascto.	11/11/1979	38 Anos	Prontuário	392.354
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	14/05/2018 16:20:25
Telefone	8859.8640		Convênio	Free Life Enfermaria
Leito	119 A			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
14/05/2018 23:13	14/05 23:18	Enfermeiro	Evolução		Laysla Silva Basilio	

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM - NOITE
14/05/2018

1 - Avaliação Neurológica (avaliação pupilar, glasgow, ramsay, delirium/CAM e demais alterações): consciente, orientado, verbalizando as nhb's e deambulando

2 - Avaliação Hemodinâmica (estado hemodinâmico do paciente e demais alterações): SSVV estaveis

3 - Avaliação Respiratória (padrão respiratório, uso de dispositivos respiratórios, oxigenioterapia e demais alterações): eupneico em ar ambiente - mantendo bom padrão respiratório

4 - Avaliação da Pele (descrição das lesões, tolerando ou não mudança de decúbito e demais alterações): pele íntegra em relação a lpp

5 - Intercorrências diversas (exames, procedimentos, sangramentos, suspensão de dieta e demais intercorrências): sem queixas durante a visita

6 - MORSE: baixo risco

GERENCIAMENTO DE RISCOS

Farmacovigilância	Reação Adversas:				
Tecnovigilância	Equipamentos: () BIC: () Aspirador: () Monitor: () Botas Pneumáticas: ()				
	Oxímetro: () Equip. Ventilação: () Bipap: () Desmame: () Manta Térmica: ()				
Infectovigilância	Tipo de Isolamento: Respiratório () Contato ()				
Hemovigilância	CH ()	PL ()	PQT ()	I:	T:
	Reação nos 15min: Sim () Não () Qual:				
Instalação de NPT?	Sim ()	Não ()	OBS:		



**VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL**

1551401886



NOME
JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
99029136945 SSP CE

CPF
939.181.863-34

DATA NASCIMENTO
11/11/1979

FILIAÇÃO
ADALTA TEIXEIRA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06765227983

VALIDADE
29/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
16/12/2016

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

[Assinatura]
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
18/12/2017

[Assinatura]
IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

04092555446
CE162815808

CEARÁ

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **013569173053**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **Q1** CÓD. RENAVAL: **01095670139** R.N.T.R.C.: **00000000000** EXERCÍCIO: **2017**

NOME: **GENESIO JOSE DOS SANTOS**

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ: **74431218491** PLACA: **ENR6286/CE**

PLACA ANT. / UF: **/CE** CHASSI: **9C6DB251060040156**

ESPÉCIE / TIPO: **CAR/MOTOCICLO/NAO APLIC.** COMBUSTÍVEL: **GASOL/ALCO**

MARCA / MODELO: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED** ANO FAB: **2016** ANO MOD: **2016**

CAP / POT / CIL: **2P/QCV/149CC** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **CINZA**

COTA ÚNICA: ********* VENC. COTA ÚNICA: ***/ */ *** VENC. / COTAS: **1* *******

FAIXA I.P.V.A.: ********* PARCELAMENTO / COTAS: ********* **2* *******

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

OBSERVAÇÕES: *********

LOCAL: **FORTALEZA** DATA: **08/08/2017**

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013569173053 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO: **2017** DATA EMISSÃO: **08/08/2017**

VIA: **Q1** CPF / CNPJ: **74431218491** PLACA: **ENR6286**

RENAVAL: **01095670139** MARCA / MODELO: **YAMAHA/XTZ150 CROSSE**

ANO FAB: **2016** CAT. TARIF: **09** Nº CHASSI: **9C6DB251060040156**

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER FAZO PELO SEGURADO (R\$)
4,15	0,7	185,5

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: **07/08/2017**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: **CC05E-048839** **04472**

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
 0045554 TERM SIQUEIRA V 06/06/2018
 SANTANDER
 19:52:42 (Horário de Brasília)
 *****7499

Saldo N. 93020001-0128

SALDOS

06/06/2018 19:52 DT CONTABIL:06/06/2018

JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO
 BANCO:033 AGENCIA:4653 CONTA:01-026077-5

SALDO CONTA CORRENTE	1776,42 +
(+) LIMITE CHEQUE ESPECIAL	0,00 +
(-) SALDO BLOQUEADO	0,00 +
(=) SALDO DISPONIVEL	1776,42 +

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
 Impressão em papel termossensível com
 vida útil de 5 anos. Evite contato com
 plásticos, produtos químicos, exposição
 ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2199 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **22/05/2018 11:30:08**Data / Hora da Ocorrência: **14/05/2018 07:15:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALBERTO CRAVEIRO, 430**

Complemento:

Bairro: **DIAS MACEDO**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **ATRAS DO MAKRO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO**Nascimento: **11/11/1979** CPF: **939.181.863-34**RG: **99029136945**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **ADALTA TEIXEIRA DE OLIVEIRA**Endereço: **RUA J, 135 LOT. PARAISO VERDE**Bairro: **SIQUEIRA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.732-442**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98859-8640****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: ORQ9518 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGKS69L0EG335354** Renavam: **1001715311** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEV/PRISMA 1.4AT LT** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **OSVALDO AVELINO DA SILVA NETO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: PNR6286 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6DG2510G0040156** Renavam: **1095670139** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA** Proprietário: **GENESIO JOSE DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº 06765227983, CATEGORIA "A", DETRAN/CE, QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PNR-6286/CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. ALBERTO CRAVEIRO, SENTIDO PRAIA, QUANDO COLIDIU EM UM RETROVISOR DE UM CARRO, QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E COLIDIU NA TRASEIRA DO CARRO DE PLACA ORQ-9518/CE, QUE COM O IMPACTO A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI POR CONTA PROPRIA, DE TAXI, SENDO LEVADO PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL OTOCLINICA LTDA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2199 / 2018****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** _____**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____**JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO - ASSISTÊNCIA MÉDICA

fls. 35



FICHA DE ATENDIMENTO INTERNAÇÃO



Data Admissão: 14/05/2018

Nº Prontuário: 382.354

Atendimento: 1.749.048

Paciente

Nome JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO Idade 38 Anos
 Esta Civil Cônjuge Sexo M
 Nome Pai Nome Mãe
 Nascimento 11/11/1979 Identidade 99029136945 CPF 93918186334
 Endereço Rua J, 279 Siqueira
 Médico Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025) Cidade Fortaleza Telefone: 8859 8640

Responsável

Nome Adilesia Ferreira Lima Parentesco Outros Telefone
 Endereço Rua J, 279 Siqueira Lot. Paraíso Verde CEP 60732442
 CPF 93743238349 Identidade 339335799 Cidade Fortaleza

Contratado Hospital

Contratado HOSPITAL OTOCLÍNICA LTDA CNPJ 23.443.518/0001 Dir.Técnico Dra. Juliana
 Endereço Avenida Antônio Sales, 990 Cidade Fortaleza Cep 60.135-100

Acomodação

Sector Posto 2 Unidade 119 A Entrada 14/05/2018 16:20:25 Acomodação Enfermaria

Convênio

Convênio Free Life Categoria Enfermaria Plano Liberty Tipo Atend. Internado
 Nº Carteira 23741632801 Senha 1951453

Procedimento

30722535 - Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com uso de
 30731097 - Tenólise no tunel osteo fibroso
 30732026 - Enxerto osseo
 60000090 - Diária de Enfermaria

Quant. Solicitada	Quant. Autorizada
1	1
1	1
1	1
1	1

Observação

História e Exames Clínicos

Paciente vítima de acidente de trânsito dia 14/05.
 sofrendo fratura do 4º Metacarpo da Mão Esq., necessitando
 de tratamento cirúrgico.

Dr. Saulo Rodrigues Moreira
 Ortopedia Traumatologia
 Cirurgia da Mão
 CRM-CE 13.025.580T 14/05/2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima

José Teixeira Oliveira Neto.

CPF da Vítima

939.181.863-34

Data do Acidente

14.05.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Fortaleza-CE, 12 de junho de 2018

Local e Data

x

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO - ASSISTÊNCIA MÉDICA fls. 37



FICHA DE ATENDIMENTO INTERNAÇÃO



Data Admissão: 14/05/2018

Nº Prontuário: 382.354

Atendimento: 1.749.048

Paciente

Nome **JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO** Idade **38 Anos**
 Esta Civil **Cônjuge** Sexo **M**
 Nome Pai **Nome Mãe**
 Nascimento **11/11/1979** Identidade **99029136945** CPF **93918186334**
 Endereço **Rua J, 279 Siqueira** Cidade **Fortaleza** Telefone: **8859 8640**
 Médico **Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)**

Responsável

Nome **Adilesia Ferreira Lima** Parentesco **Outros** Telefone **60732442**
 Endereço **Rua J, 279 Siqueira Lot. Paraíso Verde** CEP **60732442**
 CPF **93743238349** Identidade **339335799** Cidade **Fortaleza**

Contratado Hospital

Contratado **HOSPITAL OTOCLÍNICA LTDA** CNPJ **23.443.518/0001** Dir. Técnico **Dra. Juliana**
 Endereço **Avenida Antônio Sales, 990** Cidade **Fortaleza** Cep **60.135-100**

acomodação

Sector **Posto 2** Unidade **119 A** Entrada **14/05/2018 16:20:25** Acomodação **Enfermaria**

Convênio

Convênio **Free Life** Categoria **Enfermaria** Plano **Liberty** Tipo Atend. **Internado**
 Nº Carteira **23741632801** Senha **1951453**

Procedimento

30722535 - Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com uso de
 30731097 - Tenólise no tunel osteo fibroso
 30732026 - Enxerto osseo
 60000090 - Diária de Enfermaria

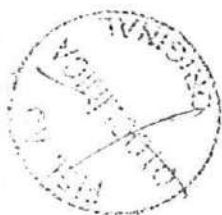
Quant. Solicitada	Quant. Autorizada
1	1
1	1
1	1
1	1

Observação

História e Exames Clínicos

*Doente vítima de acidente de trânsito dia 14/05.
 sofrendo fratura do 4º Metacarpo da Mão Esq., necessitando
 de tratamento cirúrgico.*

*Dr. Saulo Rodrigues Moreira
 Ortopedia Traumatologia
 Cirurgia da Mão
 CRM-CE 13.025 SBO 14*



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/07/2018 às 14:35 sob o número 0146141162018000000001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146141-16.2018.8.06.0001 e código 39689FC.

Anamnese	Profissional	Cod Prof
18/05/2018 19:36:38	Saulo Rodrigues Moreira	CRM 13025
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO DIA 14/05, SOFRENDO FRATURA DO METACARPO DA MÃO ESQ, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DIA 15/05. RETORNA EM POS-OPERATÓRIO. APRESENTA LEVE EDEMA EM MÃO E RIGIDEZ DE DEDOS. ORIENTADO MANTER MEMBRO ELEVADO E MOBILIZAR DEDOS CD: TROCA DE CURATIVO + RAO X		

Dr. Saulo Rodrigues Moreira
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-CE 13.025, SBO 14.460

Assinatura e Carimbo

S628 Frat ao nivel do punho e da mao - Frat Principal

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtde / Intervalo	Horário execução
1 RX - MAO OU QUIRODACTILO	1x ao dia	14h

13025)

Horário executado

Dr. Saulo Rodrigues Moreira
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia da Mão
13025 SUB 14 MC

Assinatura e Carimbo

PA = _____ T = _____
P = _____ R = _____
Sato = _____ Glicemia = _____
Exame Laboratorial: Sim () Não ()
Exame Imagem: RX () US () TC ()
Encaminhado:
Posto: _____ H Leito: _____
UTI: _____ H Leito: _____
CC: _____ H

OBSERVAÇÕES

RECEITUÁRIO MÉDICO

Jose Teixeira de Oliveira Neto

Dr(a). Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO DIA 14/05, SOFRENDO FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQ, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DIA 15/05.

SE ENCONTRA EM RECUPERAÇÃO, APRESENTANDO LEVE RIGIDEZ NA MÃO.

ESTÁ APTO PARA REALIZAR TRABALHOS ADMINISTRATIVOS, NÃO PODENDO FAZER ESFORÇO FISICO COM MÃO ESQ.

*Dr. Saulo Rodrigues Moreira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgião da Mão
CRM 13.025-807-14-465*

Assinatura do médico (a)

HOSPITAL OTOCLÍNICA LTDA.

CNPJ 23.443.516/0001-03
Av. Antônio Sales 990 - CEP 60135-100
PABX: (85) 3465 1133 - FAX: (85) 3248 0475
www.hospitalotoclinica.com.br
Fortaleza-CE



MultiEmergência
Hospital OTOclínica

Cardiologia - Neurologia
Medicina de Emergência - Otorrino
Cirurgia Geral - Traumatologia



HOSPITAL OTOCLÍNICA LTDA.
CNPJ 23.443.518/0001-03



Clinica Médica | Traumatologia | Otorrino
Cardiologia | Neurologia | Cirurgia Geral*

*Planta de Cirurgia Geral
de segunda a sexta de 07h às 19h

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O(a) Sr.(a) José Teixeira de Oliveira Neto

compareceu a este Hospital às _____ horas para 1- Consulta ☒

2- Acompanhar Familiar ☐

Outrossim comunicamos que:

a - pode voltar em seguida ao trabalho ☐

b - foi encaminhado à especialista ☐

c - deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

d - deverá ficar afastado(a) do trabalho 20 (20) dias

a contar desta data 14/05/18 ☒

e - poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho ☐

f - CID S62 / Z98.9 ☒

Dr. Saulo Rodrigues Morais
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgião do Membro Superior
CRM-CE 13.025.580-7

Fortaleza, 14 de 05 de 18

Av. Antonio Sales, 990 - CEP 60135-100 - PABX: (85) 3466.1133
www.hospitalotoclinica.com.br - Fortaleza - CE

Data.....: 14/05/2018 - gr
Origem : EMERGENCIA Convênio: FREE LIFE
Paciente.: JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO
Médico Solicitante.: Dr(a). THIAGO PARENTE NEIVA GOMES

RX DOS ARCOS COSTAIS

LAUDO:

- Ausência de solução de continuidade cortical nas estruturas ósseas examinadas.



Renan Mesquita Soares
CRM - 13720

UNIDADE ALDEOTA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otolínea
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100
85 3466.1170 - 3466.1171



UNIDADE CAUCAIA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3011.1172 - 3011.1173 - 99755.1234

UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará
85 3023.1508 - 99688.0111



DECLARAÇÃO

O **HOSPITAL OTOCLINICA LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 23.443.518/0001-03, com sede e foro na Av. Antônio Sales, nº 990, bairro Aldeota, na cidade de Fortaleza/CE, CEP: 60.135-100, através de seu representante que ora assina este comunicado, declara, em atendimento ao solicitado, que o Sr.(a) **JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO**, portadora do CPF/MF sob nº 939.181.863-34 deu entrada nesse nosocômio para tratamento de saúde, devidamente assistido pelo médico Dr. Saulo Rodrigues Moreira - CRM 13025, no dia **14/05/2018 e teve alta hospitalar dia 16/05/2018.**

Renovando os votos de elevada estima, ficamos à disposição.

Fortaleza, 16 de Maio de 2018

HOSPITAL OTOCLÍNICA

CNPJ/MF sob o nº 23.443.518/0001-03

Data.....:14/05/2018 - gr
Origem...:EMERGENCIA Convênio:FREE LIFE
Paciente.:JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO
Médico Solicitante.:Dr(a). THIAGO PARENTE NEIVA GOMES

RX DO PUNHO ESQUERDO.

Fratura em espiral, acometendo o quarto metacarpo, com aparente extensão à superfície articular carpo/metacarpal, associado a leve desalinhamento de suas partes.

Densidade e trabeculado ósseo normais.
Demais ossos enfocados com morfologia preservada.
Espaços e superfícies articulares preservados.
Ausência de luxações.
Partes moles sem alterações radiológicas perceptíveis.



Renan Mesquita Soares
CRM - 13720

UNIDADE ALDEOTA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otológica
Fortaleza - Ceará | CEP 60135-100
85 3466.1170 - 3466.1171



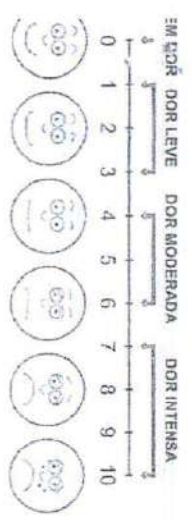
UNIDADE CAUCAIA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3011.1172 - 3011.1173 - 99755.1234

UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará
85 3023.1508 - 99688.0111

 HOSPITAL OTOclínica Tratando em cuidar você  OTO CARDIO		(Preencher caso não haja atendimento) Nº Atendimento: Atend: 1749048 Pront: 382354 Paciente: Jose Teixeira de Oliveira Neto Data de Nasc: _____ Data Internação: _____ Unidade de Ir: _____ Médico: _____		Form_CCR 003 Data Publicação: 14/09/2016 Data da Revisão: 20/09/2016 Revisão Nº: 01	
BOLETIM CIRÚRGICO ☐ CENTRO CIRÚRGICO ☐ HEMODINÂMICA			DATA: 15/05/18		
CIRURGIÃO Dr. Saulo Rodrigues Moreira		1º AUXILIAR Dr. Sidnei Torres			
ANESTESISTA Dr. Geovan		2º AUXILIAR _____			
TIPO ANESTESIA Bloqueio Alvear		3º AUXILIAR _____			
HISPATOLÓGICO _____		LATERALIZAÇÃO ☐ D ☐ E ☐ N/A			
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO Tratamento Cirúrgico de Sistema 4º Metacarpo Esq.					
POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO DA CIRURGIA: ☐ LIMPA ☐ P. CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA					
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA					
① Paciente decubito dorsal horizontal sob bloqueio alvear Esq. ② Anupm + Ant. - sepm + Cmpm + O2 flm + Ssmch ③ Aceno dorsal Mão Esq. ④ Tenólise de Tendão extensor do 4º metacarpo ⑤ Redução de fratura em fixação com 02 Karpun Manuseio Transpal Bloqueado ⑥ Contensão e punção bico ⑦ Fixação em placa Minnow Bloqueada + 06 Karpun Bloqueado sob Interspeculo de Injeção ⑧ Sutura por planos em Monocryl 4/0 e Nylon 5/0 ⑨ Curativo					
ASSINATURA/ CARIMBO CIRURGIÃO 		ASSINATURA/ CARIMBO 1º AUXILIAR 		ASSINATURA/ CARIMBO 2º AUXILIAR _____	
ASSINATURA/ CARIMBO 3º AUXILIAR _____		ASSINATURA/ CARIMBO 3º AUXILIAR _____			



CAIA NUMÉRICA PARA AVALIAÇÃO DA DOR

Escala Behavioral Pain Scale

ITEM	DESCRIÇÃO	ESCORE
EXPRESSÃO FACIAL	Resposta facial (cristas, franzimento, fechamento dos olhos, etc.)	1
MENÚNCIOS AUDITIVOS	Comportamento verbal (gemidos, gritos, etc.)	2
ADAPTAÇÃO A INTERVENÇÃO NÉCICA	Resposta a intervenções (movimentos, etc.)	3

CONTROLE DA DOR

HORA	ESCORE DA DOR	INTERVENÇÃO

LEGENDA: 1 - FARMACOLÓGICA
2 - MÉDIO FÍSICO
3 - OUTRA

SE O PACIENTE COM DOR
REVALUAR APÓS 1 HORA
DA INTERVENÇÃO

A	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
05	21h	paciente, estado consciente, sem queixas, 1 peça de roupa da enfermeira ~ Téc. de Enfermagem COREN-CE: 001.248.214			
05	24h	Realizando punção com globo. 20 ml. em S.O. com exto ~ Márcia Katia da Silva Téc. de Enfermagem COREN-CE: 001.248.214			
05	06h	paciente recebe 01 xiludex 1mg de modo subcutâneo Márcia Katia da Silva Téc. de Enfermagem COREN-CE: 001.248.214			
24/08/20		Fora de estado consciente, apresentando febre, com sinais vitais alterados, após administração de 02, 5mg de xiludex, apresentando comportamento agitado, com movimentos desordenados.			



ESCALA NUMÉRICA PARA AVALIAÇÃO DA DOR



Escala Behavioral Pain Scale

ITEM	DESCRIÇÃO	ESCORE
EXPRESSION FACIAL	Relaxado	1
	Parcialmente contraído (sustentado/forçado)	2
	Completamente contraído (olheiras fechadas)	3
	Faz careta (olhos fechados, testa franzida)	4
MEMBROS SUPERIORES	Sem movimento	1
	Parcialmente flexados	2
	Muito flexados com flexão dos dedos	3
	Resistência aos cuidados	4
ADAPTAÇÃO À VENTILAÇÃO MECÂNICA	Tolerância à ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta com o ventilador, mas a ventilação é feita e persiste algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4

CONTROLE DA DOR

HORA	ESCORE DA DOR	INTERVENÇÃO

LEGENDA: TIPOS DE INTERVENÇÃO
1 - FARMACOLÓGICA
2 - MEIOS FÍSICOS
3 - OUTRA

OBS:
SE O PACIENTE COM DOR
REAVALIAR APÓS 1 HORA
DA INTERVENÇÃO

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
14.05.18	13:00	Paciente admitida em UTI, orientada, verbaliza dor 7/10, com dor no abdômen, sua função vital está dentro da normalidade, porém apresenta desconforto, segue sob cuidados de enfermagem. Karlla Tamires Soares COREN-CE 001.114.416 TEC	15.05.18	07:30	Paciente admitida em UTI, orientada, verbaliza dor 7/10, com dor no abdômen, sua função vital está dentro da normalidade, porém apresenta desconforto, segue sob cuidados de enfermagem. Karlla Tamires Soares COREN-CE 001.114.416 TEC
15.05.18	18:30	Paciente em UTI, orientada, verbaliza dor 7/10, com dor no abdômen, sua função vital está dentro da normalidade, porém apresenta desconforto, segue sob cuidados de enfermagem. Karlla Tamires Soares COREN-CE 001.114.416 TEC			
15.05	23:10	Paciente retorna da sala de recuperação, orientada, verbaliza dor 7/10, com dor no abdômen, sua função vital está dentro da normalidade, porém apresenta desconforto, segue sob cuidados de enfermagem. Maria Katia da Silva Téc. de Enfermagem COREN-CE: 001.248.214			
15.05	06h	Paciente evoluindo bem, segue sob cuidados de enfermagem. Maria Katia da Silva Téc. de Enfermagem COREN-CE: 001.248.214			



Checklist de Encaminhamento para o Centro Cirúrgico

1. Prescrição/ Planejamento	Hora	Responsável
Manter jejum a partir de horas: Peso: <u>87</u> Altura: <u>1,76</u>		
Ficha de consentimento cirúrgico preenchida ☐ sim ☒ não		
Avaliação pré-anestésica preenchida ☐ sim ☒ não		
Coletar tipagem sanguínea ☐ sim ☐ não ☒ não se aplica		
Orientar esvaziar bexiga e realizar/orientar banho pré-anestésico com:		
☒ clorexidina degermante ☐ outro: _____		
Alergias: ☐ sim Qual? _____ ☒ não		
Uso de anticoagulante/Profilaxia TEV? ☐ sim ☒ não		
Retirar: ☒ prótese dentária ☐ óculos ☐ lente de contato ☒ adornos		
Colocar: ☐ camisola ☒ gorro <u>Pigme</u>		
Lateralidade: ☐ D ☐ E ☐ B Outros: _____		
Administrar profilaxia antimicrobiana: ☐ sim ☐ não ☒ não se aplica		
Justificativa: _____		
Em isolamento? ☐ sim Qual? _____ Comunicar C.C. ☒ não		
Outras informações:		
☐ mastectomia ☐ D ☐ E ☐ FAV ☐ D ☐ E		
Data e Hora: <u>14/05/18</u> <u>16:32</u>	ENFERMAGEM: _____	
	COREN: _____	

Protocolo de Materiais e Exames

Protocolo de materiais e exames	Hora	Responsável
Acessórios respiratórios:		
Acessórios ortopédicos:		
Outros acessórios:		
Exames:		
Laboratoriais:		
Imagem: <u>03 Radiografia RX 2 Lado</u>		
Data e Hora: _____	ENFERMAGEM: _____	
	COREN: _____	

Anotações de Enfermagem

16:30 Paciente admitido nesta unidade para procedimento cirúrgico na
HAS 4 em agendamento chamado na e e 15/05/18

às 19:50 do dia 15/05 paciente encaminhado ao c.c.

Maria Katia da Silva
 Téc. de Enfermagem 18
 COREN-CE: 001.248.214



Recuperação Pós Anestésica	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Antº Edilson Rolim Filho
Apostasiologista
Unimec 1998

SIGNAIS VITAIS

USO DE EQUIPAMENTOS E GASES MEDICINAIS					
MONITOR		SUPORTE VENTILATÓRIO		OXIGÊNIO	
Lig.: 22:00	Desl.: 23h	Lig.:	Desl.:	Lig.:	Desl.:
Contínuo		Contínuo		Contínuo	
OXÍMETRO					
Lig.: 22:00	Desl.: 23h	Lig.:	Desl.:	Lig.:	Desl.:
Contínuo		Contínuo		Contínuo	
Alta Médica:		CRM:		Horário:	
Alta Enfermagem:		COREN:		Horário:	
Destino Paciente:					
(/) Quarto	() UTI	() Alta Hospitalar			

Observações: 1. Este subscrito é provavelmente o mesmo
do Inquérito 1000 + 10000 - sem identificação - 10000

MATERIAIS E MEDICAMENTOS GASTOS EM SALA (ANESTESIOLOGISTA)

MEDICAMENTOS									MEDICAMENTOS				
Nome	Unid.	Quant.	Nome	Unid.	Quant.	Nome	Unid.	Quant.	Nome	Unid.	Quant.	Nome	Unid.
Adalat	caps.		Efortil 1 ml	amp.		Profenid 100 mg	amp.						
Adren 1 mg/ml	amp.		Esmeron 50 mg	amp.		Prostigmine 0.5 mg/ml	amp.						
Água Bidestillada 10 ml	amp.	01	Penorgan 50 mg	amp.		Protamina 1000 UI/ml	amp.						
Amicacina 500 mg	amp.		Fentanil / Fentanest 2 ml 5m	fc.	02	Rapifen 0,5 mg	amp.						
Antak 50 mg/ml	amp.		Fentanil 10 ml	fc.		Rocefin 1 gr	amp.						
Aramin 1 ml	amp.		Flagyl 500 mg	bolsa		Seloken	amp.						
Atropina 0,25 mg/ml	amp.		Garamicina 80 mg	amp.		Sevorane ml	amp.						
Bextra	amp.	01	Glicose 25% e 50%	ml.		Syntocinon	amp.						
Bicarbonato de Na+ 8,4%	amp.		Gluconato de Ca+ 10%	amp.		Solução de Manitol 20%	amp.						
Buscopam Composto	amp.		Halotano ml	fc.		Solução Fisiológica 0,9% ml	amp.						
Buscopam Simples	amp.		Hyalozima 2000	amp.		Solução Frutose ml	amp.						
Captosen 12,5 mg/ 25 mg/ 50 mg	amp.		Hypnomidade 2 mg	amp.		Solução Glicofisiológica 1:1 ml	amp.						
Cipra 200 mg/400 mg	amp.		Ipsilon 1 mg	fc.		Solução Glicose 5% ml	amp.						
Clavulin 500 mg/1 g	amp.		Kefazol 1 g	fc.	02	Solução Ringer com Lactato 500 ml	amp.	02					
Clexane 20 mg/40 mg	amp.		Keflin 1 g	amp.		Solucoleil/ Cortisonal 100 / 500mg	amp.						
C lindamicina 300 mg	amp.		Ketamin 500 mg/ml	amp.		Succinil 100 mg	fc.						
C lindamicina 600 mg	amp.		Lanexat 0,5 mg/ 5ml	amp.		Sufenta 1 ml/ 50µg	amp.						
Clonidin 150 mcg	amp.	01	Lasix 10 mg/ml	amp.		Sufenta 2 ml/ 15µg	amp.						
Cloreto de K+ 10%	amp.		Mytendon 10 mg	amp.		Sulfato Mg+ 50 mg/ml	amp.						
Cloreto Na+ 20%	amp.		Narcan 0,4 mg/ml	amp.		Superan	fc.						
Docodron 4 mg/ml	amp.	01	Naropin 10 mg	amp.	01	Toradol 30 mg	amp.						
Dastanol 0,2 mg/ml	amp.		Naropin 7,5 mg	amp.		Tracrium 50 mg	amp.						
Diazepam 10 mg	fc.		Neocaina 0,5% c/ Adrenalina	fc.		Tramal 50/100 mg	amp.						
Difenidrin	amp.		Neocaina 0,5% s/ Adrenalina	fc.		Transamin	amp.						
Digesan 10 mg	amp.		Neocaina Isobárica	amp.		Tridil 5 mg	amp.						
Dilacorón	amp.		Neocaina Pesada	amp.		Ultiva 2 mg	amp.						
Dimorf 0,2 mg/ml	amp.		Nexium	amp.		Voluven 6%	bolsa						
Dimorf 2 mg/10 mg	amp.		Nimbium 10 mg	amp.		Xylestesin 2% c/ Adren. 5 ml	fc.						
Diprivan 1% 10 ml/20 ml	amp.	02	Nitroprus 50 mg	fc.		Xylestesin 2% c/ Adrenalina	amp.	01					
Diprivan PFS 1% 50 ml	amp.		Noradrenalina	amp.		Xylestesin 2% s/ Adrenalina	amp.						
Diprosan	amp.		Novalgina 500 mg	amp.	02	Xylestesin Goleia	gr						
Dobutrex 250 mg	amp.		Nubain 10 mg	amp.		Xylestesin Spray	ml						
Dolantina 50 mg/ml	amp.		Omeprazol 40 mg	amp.		Zofran 4 mg/ 8mg	amp.						
Dopamina 50 mg	amp.		Oxacilina 500 mg	fc.									
Dormire Xarope	fc.		Pantozol 40mg	amp.	02								
Dormonid 5 mg 15 mg	amp.	01	Papaverina 100 mg	amp.									
Drámin B6	amp.		Pavulon	amp.									
Droperidol	amp.		Plasil 5 mg/ml	amp.									
Efedrina 50 mg/ml	amp.		Precedex	amp.									

MATERIAIS / EQUIPAMENTOS				
Nome	Unid.	Quant.	Nome	Unid.
Abocath	ui		Perfusor 120 cm	ui
Agulha Insulina	ui		Perifix (Cateter Peridural)	hora
Agulha Peridural	ui		Portex Polar / ORAL RAE	hora
Agulha Raqui N°	ui		Scalp	ui
Agulha Stimuplex 5 cm/ 10 cm	ui	01	Sensor Bis	und.
Bomba de Infusão	hora		Sonda Aspiração	ui
Bomba de Seringa	hora	02	Sonda Fouchet	und.
Cal Sedada	ui		Sonda Nasofaríngea	ui
Capnógrafo	hora		Sonda Nasogástrica	ui
Cateter p/ O, tipo óculos	ui	01	Terneira 3 vias	ui
Colchão Térmico	hora		Transfix	ui
Colchão Térmico	hora		Tubo Aramado	ui
Eletrodo Conjunto	ui	01	Tubo Carlens	ui
Extensofix	ui		Tubo Endotraqueal c/ cuff	ui
Intrafix Microgotas	ui		Tubo MLT	und.
Intrafix Macrogotas (Sist. Fechado)	ui	01	Tubo Robertshaw	ui
Manta Térmica	hora			
Máscara Laringea	und.			
Monitor Cardíaco	ui			
Oxímetro	hora	02		

GASES			HEMODERIVADOS	
Nome	Unid.	Quant.	Nome	Unid.
Ar Comprimido	hora		Albumina	ui
Óxido Nitroso	hora		Concentrado de Hemácia	ui
Oxigênio	hora	02	Crio	ui
			Plaquetas	ui
			Plasma Fresco	ui

Obs.: _____

Dr. Geovani D. Silva
Médico - Anestesiologista
CREMESP 10.123



Hospital Otolírica Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



2224377

Paciente **Jose Teixeira de Oliveira Neto**
 Data Nascto 11/11/1979 38a 6m 4d
 Data Entrada 14/05/2018 16:20:25
 Médico Resp **Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)**

Atendimento **1.749.048**
 Convênio **Free Life / Enfermaria**
 Liberação **15/05/2018 20:23:05**
 Data Prescr. **15/05/2018 20:19:00**

Prontuário 382.354

119

SUPERFICIAL - Dias previstos: 0 - Indicação:
 Empirico sem cultura - Uso anterior de
 antimicrobiano: N -

6 Bextra 40mg amp

Separar 1 Frasco-
 ampola do
 medicamento em 10
 Mililitros de
 CLORETO DE SODIO
 0,9% AMP 10 ML
 Administrar 10
 Mililitros (12/12 h
 Intravenosa)

1 FA

12/12 h

IV

(24)

08

(12)

Medicamentos de Risco - Dupla Checagem		Diluição	Dose	Intervalo	Via	Horários	D	1° Checagem	2° Checagem
Gasoterapia	Qt	Ciclo/min	Modo		Resp	Dispositivo Modalidade		Data	
Recomendações				Intervalo	Horários				
Punção com Jelco	SV			(3/3 h)					
Cuidados Gerais	Rotina			(3/3 h)					
Intercorrências									

Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)

Página 2

SauloRM / SauloRM

Paciente: Jose Teixeira de Oliveira Neto

Centro Cirurgico

03



Paciente Jose Teixeira de Oliveira Neto
Data Nascto 11/11/1979 38a 6m 4d
Data Entrada 14/05/2018 16:20:25
Médico Resp Dr. Saulo Rodrigues Moreira (CRM 13025)

Atendimento 1.749.048
Convênio Free Life / Enfermaria
Liberação
Data Prescr. 15/05/2018 16:18:00

Prontuário 382.354

119

Camilla da Costa Farias (COREN 312154)

Página 2

camillacf / camillacf

Paciente: Jose Teixeira de Oliveira Neto

Posto 2

119 A



CONVÊNIO _____		LEITO _____	MÉDICO _____
/ /	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	RESPIRADOR
			LIG
			DESL
			OXIGÊNIO
			LIG
			DESL
			AR-COMPROMIDO
			LIG
			DESL
			BOMBA 1ª
			LIG
			DESL
			BOMBA 2ª
			LIG
			DESL
			BOMBA 3ª
			LIG
			DESL
			MONITOR
			LIG
			DESL
			OXIMETRO
			LIG
			DESL

Data.....14/05/2018 - grt

Origem ...EMERGENCIA

Convênio:FREE LIFE

Paciente...JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO

Médico Solicitante...Dr(a). THIAGO PARENTE NEIVA GOMES

RX DOS ARCOS COSTAIS

LAUDO:

- Ausência de solução de continuidade cortical nas estruturas ósseas examinadas.


Renan Mesquita Soares
CRM - 13720

UNIDADE SALGUEIRO
Av. Antonio Sales, 990 - Hospital Otológica
Fortaleza - Ceará | CEP 60135-100
08 3028.1673 - 3033.1171



UNIDADE SALGUEIRO
Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
08 3028.1673 - 3033.1171 - 3033.1171

UNIDADE SALGUEIRO
Rua Mancel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará
08 3028.1673 - 3033.1171



Qualidade de vida, o diagnóstico que projetamos para você

Data.....:14/05/2018 - grt
 Origem...:EMERGENCIA Convênio:FREE LIFE
 Paciente.:JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO
 Médico Solicitante...:Dr(a). THIAGO PARENTE NEIVA GOMES

RX DO PUNHO ESQUERDO.

Fratura em espiral, acometendo o quarto metacarpo, com aparente extensão à superfície articular carpo/metacarpal, associado a leve desalinhamento de suas partes.

Densidade e trabeculado ósseo normais.
 Demais ossos enfocados com morfologia preservada.
 Espaços e superfícies articulares preservados.
 Ausência de luxações.
 Partes moles sem alterações radiológicas perceptíveis.

Renan Mesquita Soares
 CRM - 13720



Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otológica
 Fortaleza - Ceará | CEP 60135-100
 85 3493.1170 - 3493.1171



Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
 Centro - Caucaia - Ceará
 85 3011.1172 - 3011.1173 - 30755.0254

Rua Manoel Castelo Branco, 533
 Messejana - Fortaleza - Ceará
 85 3023.1500 - 3023.1501

www.otoimagem.com.br

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO

End. Leitura: RU J LOT PARAISO VERDE ST-65, 135, SIQUEIRA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.732-442

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 065

Quadra: 0147

Lote: 0220

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A11N241270	740	754	14	11

DATAS

Leitura Atual: 21/06/2018

Emissão: 10/07/2018

Lacre Água: 9191473

Leitura Anterior: 23/05/2018

Próxima Leitura: 20/07/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	543	543	543	541	541
Em conformidade	533	533	531	512	541

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 16 m³ | META: 13 m³.

Considere pago se debitado na sua conta do banco BCO REAL.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Descrição	Valor (R\$)	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	52,84	JUN/2017	12	0
MULTA DE 2%	0,98	JUL/2017	9	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,05	AGO/2017	11	0
TARIFA DE CONTINGENCIA	5,41	SET/2017	13	0
		OUT/2017	11	0
		NOV/2017	13	0
		DEZ/2017	12	0
		JAN/2018	5	0
		FEV/2018	13	0
		MAR/2018	14	0
		ABR/2018	14	0
		MAI/2018	13	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,56	VALOR DO SERVIÇO	60,62
COFINS	2,83	VALOR DO SUBSÍDIO	1,34
		VALOR TOTAL A PAGAR	59,28

MÊS/ANO

06/2018

VENCIMENTO

09/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

59,28

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: **0800 275 0195**, nas lojas de atendimento, de **8h às 17h**, no site **www.cagece.com.br** ou na ouvidoria Cagece: **3101.1918**, de **8h às 12h** e **13h às 17h**. Ouvidoria estadual: **155**. Site da ARCE: **www.arce.ce.gov.br**

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; **0800 285 1919** - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: **0800 275 3838**.



Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0002684268

Código de Responsável:

Mês/Ano: 06/2018

Local: 001

Setor: 65

Quadra: 0147

Lote: 0220

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 09/07/2018

Total (R\$): 59,28

82600000000-8 59280009500-8 00268426801-0 01004231025-9



EMISSION : ATENDIMENTO VIRTUAL 10/07/2018 10:30:53

SINISTRO 3180275635 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO
CPF/CNPJ: 93918186334

Posição em 10-07-2018 10:27:22

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/07/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00