



Número: **0811845-35.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **01/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes   |                    | Procurador/Terceiro vinculado   |                            |
|--|--------------------|---|----------------------------|
| VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS (AUTOR)                    |                    | GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)                                   |                            |
| BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)                               |                    |   |                            |
| MUCIO AURELIO DO NASCIMENTO LUZIA (TERCEIRO INTERESSADO) |                    |   |                            |
| Documentos   |                    |   |                            |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento   | Tipo                       |
| 41198608   | 28/03/2019 10:33   | <a href="#">PROCURAÇÃO AD JUDICIA- VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS 0662</a>     | Procuração                 |
| 41198659   | 28/03/2019 10:33   | <a href="#">DOCUMENTO PESSOAL- VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS 0664</a>         | Documento de Identificação |
| 41198681   | 28/03/2019 10:33   | <a href="#">COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA- VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS 0665</a> | Documento de Comprovação   |
| 41198713   | 28/03/2019 10:33   | <a href="#">BOLETIM DE OCORRÊNCIA- VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS 0667</a>     | Documento de Comprovação   |
| 41199339   | 28/03/2019 10:33   | <a href="#">DOCUMENTAÇÃO MÉDICA- VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS</a>            | Outros documentos          |
| 41199384   | 28/03/2019 10:33   | <a href="#">DOCUMENTO DO VEÍCULO- VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS 0666</a>      | Outros documentos          |
| 41199422   | 28/03/2019 10:33   | <a href="#">Comprovante Administrativo- VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS</a>     | Documento de Comprovação   |

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

### OUTORGANTE:

Vander Clebio de Souza Pereira, brasileiro, natural de Estância - PE, solteiro, composição de menoridade, RG nº 003.236.203 IEP/RN, CPF nº 017.863.204-01, residente e domiciliado no Rua Professor Juracy Alencar nº 100 Residencial Aquanelo, Quadra nº 24, Lote nº 04, São José, Momba - RN.

**OUTORGADOS:** GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEIÇÃO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-RN 680-A, com endereço profissional na Avenida Prudente de Moraes, nº 3151, Edifício Multi Empresarial, Salas 102 e 103, Lagoa Seca, Natal - RN;

**PODERES:** Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive propor quaisquer ações, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como argüir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber alvará, cheque e dar quitação, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante e defendendo-o, na condição de reclamado bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Natal/RN, 30/01/2019.

x Vander Clebio de Souza Pereira  
Outorgante

Vit



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/07

Companhia Energética de Pernambuco  
Rua Marmoz, 150 - Fátima - Recife - PE - CEP 50025-050  
CNPJ 06.324.196/0001-01 - Tel: 2025 - 79-01 | www.cosern.com.br

#### DADOS DO CLIENTE

MARIA VALDEVANIA DE NOGUEIRA DE SOUZA

CPF 031 089 134-60

#### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

#### ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROFESSORA ISAUARA ALVES 150  
RESIDENCIAL AGUADELA QD-24 LT-04

SÃO JOSÉ/URBANA  
MACAIBA RN  
59280-000

| CONTA CONTRATO      | MÊS/ANO                       |
|---------------------|-------------------------------|
| 7004919917          | 01/2018                       |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA |
| 17/01/2018          | 08/02/2018                    |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 123,44                        |

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE         | EMIÇÃO           |
|-------------------|---------------|------------------|
| 000422287         | UNICA         | 10/01/2018       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 10/01/2018        | 3010440488    | 2093151          |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo (kWh)                      | 192,0000000 | 0,53856536  | 103,02      |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA              |             |             | 4,92        |
| Contribuição Iluminação Pública          |             |             | 12,61       |
| Multa por atraso-NF 000427034 - 11/12/17 |             |             | 2,73        |
| Juros por atraso-NF 000427034 - 11/12/17 |             |             | 0,09        |
| Atualização IGPM-NF 000427034 - 11/12/17 |             |             | 0,07        |

TOTAL DA FATURA

123,44

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 70370190      | CAT            | 11-12-2017    | 17 193,00        | 10-01-2018 | 17 385,00     | 30         | 1,00000   |        | 192,00        |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | Base de Cálculo | %     | Valor do Imposto | Valor (R\$) | Porcentagem |
|-----------------------|-----------------|-------|------------------|-------------|-------------|
| ICMS                  | 107,94          | 18,00 | 19,43            | 19,43       | 15,73%      |
| PIS                   | 107,94          | 0,73  | 0,79             | 0,79        | 0,64%       |
| COPFINS               | 107,94          | 3,37  | 3,63             | 3,63        | 2,94%       |
| Consumo Ativo (kWh)   |                 |       |                  | 0,41800000  |             |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | Valor (R\$) | Porcentagem |
|-----------------------|-------------|-------------|
| Geração de Energia    | 19,43       | 15,73%      |
| Transmissão           | 5,11        | 4,13%       |
| Distribuição (Cosern) | 28,85       | 23,37%      |
| Perdas de Energia     | 6,55        | 5,29%       |
| Encargos Setoriais    | 10,20       | 8,26%       |
| Tributos              | 23,83       | 19,29%      |
| Total                 | 107,94      | 100%        |

Consumo Ativo (kWh): 192,00

723B DAC7 1ACB 58C6 EFB1 98E8 D788 A133

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Na data de emissão da bandeja em vigor é a Verde. Para informações em www.cosern.com.br. O cliente é responsável quando há variação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagou em atraso gera multa 2% (R\$ 2,46) e juros 1% (R\$ 1,23) e atualização monetária no próximo mês. O Cliente é responsável quando há desatendimento do prazo de entrega para o atendimento comercial. Unidade responsável: Nova Tarifa B1 - RESIDENCIAL.

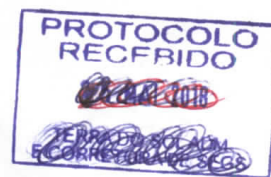
Não existem débitos de 2018 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos "atualamentos mensais" (Art. 4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não serve para comprovar débitos de débitos em futuras em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo judicial.

| CONJUNTO MACAIBA | VALOR ANUADO NOV/2017 | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|------------------|-----------------------|---------------|-------------------|--------------|--------------------|------------------------|
| DVC              | 0,00                  | 10,87         | 21,74             | 43,49        | 220                | 202 - 231              |
| FVC              | 0,00                  | 7,87          | 15,74             | 30,89        |                    |                        |
| ESD              | 0,00                  | 5,88          | 0,00              | 0,00         |                    |                        |

Linha DVC: 18,80 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 37,47



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA-GERAL DE POLÍCIA CIVIL – (DEGEPOL)  
DIRETORIA DE POLÍCIA DA GRANDE NATAL – (DPGRAN)  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MACAÍBA



**BOLETIM DE Ocorrência Nº393/2018-DPM**

**NATUREZA DA Ocorrência:** ACIDENTE DE TRÂNSITO

**LOCAL DO FATO:** NA ROTATÓRIA DAS RODOVIAS BR-226 COM BR-304, VILAR MACAÍBA/RN

**DATA E HORA DO FATO:** 02/02/2018, POR 23:00 HORAS

**COMUNICANTE:** VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

Filiação: CLAUDIO CLEBIO FARIAS DA ANUNCIAÇÃO E MARIA VALDEVANIA NOGUEIRA DE SOUZA

Documento: RG Nº003236203-SSP/RN, CNH Nº06986113262, CPF Nº017.863.204-01

Naturalidade: PETROLINA/PE

Endereço: DO FATO

Data de Nascimento: 08/08/1996

Profissão: REPOSITOR DE MERCADORIAS

Telefone: (84)99472-1366

**VÍTIMA: O DECLARANTE**

Filiação:

Documento:

Profissão:

Endereço:

Nascimento:

Telefone:

**Acusado(a):** XXXXXXXXXXXXX

Endereço:

Ponto de referência:

**HISTÓRICO DA Ocorrência:**

O DECLARANTE COMPARECEU À ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA ONDE RELATOU QUE NA DATA EM QUESTÃO FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO, ONDE QUANDO REALIZAVA UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA PELO MESMO PILOTADA, COMO CONSEQUENCIA CAIU NO CHÃO, A VITIMA BUSCOU SOCORRO JUNTO À UPA DE MACAÍBA, CONFORME ADUZ O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DE Nº004473.18-3/2018, O MESMO POR OCASIÃO DO ACIDENTE SOFRIDO PILOTAVA UMA MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO CG160 FAN, DE COR PRETA, ANO 2017/2018, CHASSI Nº9C2KC22C0JRCC5377, RENAVAL Nº01141699947, PORTANTO, EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE AQUI MENCIONADO, SOLICITA O DECLARANTE, ESTE BOLETIM DE Ocorrência.

OBS: O DECLARANTE ACIMA É RESPONSÁVEL PELAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE ATO.

MACAIBA/RN;15 DE FEVEREIRO DE 2018.

|  |  |
|--|--|
| <br>Assinatura do(a) Comunicante/Vítima | <br>Assinatura e Matrícula do Policial |
|--|--|

Praça José da Penha, 46, centro, Macaíba/RN, CEP 59.380-000, Tel. (84) 3271-6836/6835.

140



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

PROTOCOLO  
RECEBIDO

AMARELO

BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Nº 004473.18-3

MATRICULA: 2018.00709-7

NOME: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

DATA: 02/02/2018

HORA: 23:07:35

IDADE: 21 (a) e 5 (m) DATA DE NASC.: 08/08/1996

NOME DA MÃE: MARIA VALDEVANIA, NOGUEIRA DE SOUZA

SEXO: M(x) F( ) TELEFONE: (84) 9472-1366

COR: BRANCO

ESTADO CIVIL:

RG: 003.236.203 EMISSÃO: 25/02/2016

CPF: 017.863.204-01

CARTÃO SUS: 708605504436987

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO

END.: RUA PROFESSORA ISAUARA ALVES, nº 150

BAIRRO: SAO JOSE

ZONA: URBANA

CIDADE: MACAIBA

PONTO DE REFERÊNCIA:

CEP: 59.280-000

ACOMPANHANTE: AMIGO DANIEL

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE APRESENTA TRAUMA E DOR INTENSA EM MAO... HÁ QUANTO TEMPO: 02/02/2018

DIABETES: SIM( ) NÃO(X) NÃO SABE( ) HAS: SIM( ) NÃO(X) NÃO SABE( ) ETILISTA: SIM( ) NÃO(X) SOCIALMENTE( )

ALERGIA: SIM( ) NÃO(X)

GESTANTE: SIM( ) NÃO(X)

TABAGISTA: SIM( ) NÃO(X)

MEDICAÇÕES EM USO:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM( ) NÃO( )

NOTIFICAÇÃO: SIM( ) NÃO(X)

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM( ) NÃO(X) QUAL:

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:

PACIENTE APRESENTA TRAUMA E DOR INTENSA EM MAO ESQUERDA APOS QUEDA DE MOTO

## SINAIS VITAIS DA CHEGADA:

HORA: 23:07

TA: 130,0x90,0

PULSO:

ALTURA:

PESO:

RESPIRAÇÃO:

TEMPERATURA:

HGT:

ESCALA DE DOR: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 (x) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

ENFERMEIRA: ISABELLY CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO

Assinatura e Carimbo profissional

## EVOLUÇÃO MÉDICA

- Paciente vítima de trauma por queda de moto  
com dor e deformidade na região da mão esquerda há cerca  
de 30 minutos

BEG

realizou a palpação do 2º metacarpo esquerdo.

- sem redução na unidade

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura

Fco. Clitson Sousa  
MÉDICO  
CRM/RN 8362

Assinatura e carimbo do Médico

Autenticação: fb557a08b546111ab219cb53f8dbdf6a

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUIZIO ALVES  
Av. Estrada de Jundiaí, 100  
CENTRO - CEP: 59.280-000 - Fone: (84) 3271-4204


**UPA**  
24h UNIDADE  
DE PRONTO  
ATENDIMENTO

AMARELO

[illegible][illegible]

( ) SUTURA ( ) LAVAGEM GÁSTRICA ( ) RETIRADA DE PONTOS ( ) CURATIVO PEQUENO ( ) CURATIVO GRANDE

|  |             |   |             |
|--|-------------|---|-------------|
| ALTA DO PACIENTE                               |             | LIB. APÓS PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM                      |             |
| ( ) TRANSFERÊNCIA PARA _____                   | H 06        | DATA: 12/02/18  | HORA: 00:00 |
| ( ) A REVELIA                                  |             | ASSINATURA:   |             |
| ( ) POR ÓBITO: ( ) SVO ( ) ITEP ( ) D.O. _____ |             | Assinatura R. dos Santos<br>Enfermeiro<br>CRP 001 078 702 |             |
| (X) MÉDICA                                     |             |   |             |
| DATA: _____                                    | HORA: _____ |   |             |

| DATA     | HORA   | ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO  | DATA E HORA DA SAÍDA DA UNIDADE                    |
|----------|--------|--|--|
| 12/09/18 | 23:35h | <br>Fco. Clitson Sousa<br>MÉDICO<br>CRM/RN 8382 | ASS.:<br>DATA E HORA DA EVASÃO DA UNIDADE<br>ASS.: |

Autenticação: fb557a08b546111ab219cb53f8dbdf6a

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUIZIO ALVES  
Av. Estrada de Jundiá, 100  
CENTRO - CEP: 59.280-000 - Fone: (84) 3271-4204

Página: 2

**UPA**  
24h

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA - RN  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
(UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-ALUÍZIO ALVES  
AV. Mônica Dantas S/N Centro; Macaíba- RN Tel.: 3271-6500  
CNPJ: 11.303.093./0001-40

### RECEITUÁRIO

NOME: Vander Cleblio de Souza

- Regulação CI PET (Dr. Diogo)

- 1x WVG (Oitomeio).

- Pontua aorta de quisto de not  
sem TCE. Quisto de der e deformado  
de a mã (E).

- Ao ar. crentar e der palpau  
± metacomo de mã (E).

• PA 130x90 / FC 85mm

- SEM TX NA UNIDADE

CD - soluto arulhu  
=

Fco. Clitson Sousa  
MÉDICO  
CRM/RN 8382

DATA:    /    /   

Médico - CRM



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**48457388**



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

16/02/2018 15:51:08

|   |                               |                       |              |       |
|---|-------------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário  | Nome do Paciente              | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 15871155  | VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS | M                     | 08/08/1996   | 21    |
| RG  | CPF                           | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
|   | 1786320401                    |                       | 6-OUTROS     |       |
| Endereço  |                               |                       |              |       |
| R PROF ISAURA ALVES,150 - VILA SAO JOSE, NATAL(RN) CEP 59000000 |                               |                       |              |       |
| Telefone Residencial  | Telefone Trabalho             |                       |              |       |
| 99472-1366  |                               |                       |              |       |



**DADOS DO CONVENIO**

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Convenio          | CARREFOUR COMERCIO E INDUSTRIA LTDA              |  |  |
| 222 HAPVIDA       | 6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade   |  |  |
| 57113000832000011 |  |  |  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|  |       |                  |                           |
|--|-------|------------------|---------------------------|
| Setor                                  |       |                  |                           |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |                  |                           |
| Data                                   | Hora  | Matricula        | Tipo Atendimento          |
| 03/02/2018                             | 13:25 |                  | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente                       |       | Clínica          |                           |
| 2142970 FABIO FERREIRA FREIRE          |       | 6-TRAUMATOLOGICA |                           |
| Médico Acompanhante                    |       | Peso (Kg)        | Temperatura (°C)          |
|  |       |                  |                           |
| CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO            |       |                  |                           |
|  |       |                  |                           |

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

16/02/2018 15:56

|  |                       |                       |                      |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS              | Dt. Nasc.: 08/08/1996 | Atendimento: 48457388 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA                                    | Posto:                | Leito: /              |                      |
| Profissional(is): FABIO FERREIRA FREIRE CRM 5804 [1] | Nº: 18939501          | 03/02/2018            | às 13:27             |

|                                |  |     |
|--------------------------------|--|-----|
| ANAMNESE                       |  |     |
| Queixa Principal               | QUEDA DE MOTO HÁ 1 DIA<br>VEM COM DOR E EDEMA EM MÃO ESQ<br>SOL RX | [1] |
| Queixa Principal               |  |     |
| CID10                          | S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO                                 | [1] |
| DIAGNÓSTICO                    |  |     |
| CID10                          | S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO                                 | [1] |
| CID10                          | S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO                                 | [1] |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE      |  |     |
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO       |  |     |
| Alta Após Medicação E Cuidados | Alta após cuidados e/ou medicação                                  | [1] |



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**48539903**



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

16/02/2018 15:52:51

|   |                               |                       |              |       |
|---|-------------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário  | Nome do Paciente              | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 15871155  | VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS | M                     | 08/08/1996   | 21    |
| RG  | CPF                           | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
|   | 1786320401                    |                       | 6-OUTROS     |       |
| Endereço  |                               |                       |              |       |
| R PROF ISAURA ALVES,150 - VILA SAO JOSE, NATAL(RN) CEP 59000000 |                               |                       |              |       |
| Telefone Residencial  | Telefone Trabalho             |                       |              |       |
| 99472-1366  |                               |                       |              |       |

**DADOS DO CONVENIO**

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Convenio          |  |  |  |
| 222 HAPVIDA       | 1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade   |  |  |
| 57113000832000011 |  |  |  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|  |       |              |                           |
|--|-------|--------------|---------------------------|
| Setor                                  |       |              |                           |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |              |                           |
| Data                                   | Hora  | Matricula    | Tipo Atendimento          |
| 07/02/2018                             | 15:03 |              | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente                       |       | Clinica      |                           |
| 1674234 JOSIVAN FERREIRA NUNES         |       | 5-ORTOPEDICA |                           |
| Médico Acompanhante                    |       | Peso (Kg)    | Temperatura (°C)          |
|  |       |              |                           |
|  |       |              |                           |
|  |       |              |                           |
| CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO            |       |              |                           |

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

16/02/2018 15:57

|  |                                     |                       |                      |
|--|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS              | Dt. Nasc.: 08/08/1996               | Atendimento: 48539903 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA                                    | Posto:                              | Leito: /              |                      |
| Profissional(is): FABIO FERREIRA FREIRE CRM 5804 [1] |                                     | Nº: 19082303          | 07/02/2018 às 17:46  |
| <b>ANAMNESE</b>                                      |                                     |                       |                      |
| Queixa Principal                                     | po de frat de mão                   |                       | [1]                  |
| Queixa Principal                                     |                                     |                       |                      |
| CID10  | S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO |                       | [1]                  |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                   |                                     |                       |                      |
| CID10  | S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO |                       | [1]                  |
| CID10  | S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO |                       | [1]                  |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                     |                                     |                       |                      |

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

16/02/2018 15:57

|   |  |                       |                      |
|---|--|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS               | Dt. Nasc.: 08/08/1996                          | Atendimento: 48539903 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA                                     | Posto:   | Leito: /              |                      |
| Profissional(is): JOSIVAN FERREIRA NUNES CRM 5763 [1] |  | Nº: 19076609          | 07/02/2018 às 15:12  |
| <b>ANAMNESE</b>                                       |  |                       |                      |
| Queixa Principal                                      | CURATIVO                                       | [1]                   |                      |
| Queixa Principal                                      |  |                       |                      |
| CID10   | Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS | [1]                   |                      |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                    |  |                       |                      |
| CID10   | Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS | [1]                   |                      |
| CID10   | Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS | [1]                   |                      |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                      |  |                       |                      |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>                       |  |                       |                      |
| Alta Após Medicação E Cuidados                        | Alta após cuidados e/ou medicação              | [1]                   |                      |



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
48460144



07/02/2018 08:26:36

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

|   |                               |                                    |              |       |
|---|-------------------------------|------------------------------------|--------------|-------|
| Prontuário  | Nome do Paciente              | Sexo                               | Nascimento   | Idade |
| 15871155  | VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS | M                                  | 08/08/1996   | 21    |
| RG  | CPF                           | Carteira Profissional              | Estado Civil |       |
|   | 1786320401                    |                                    | 6-OUTROS     |       |
| Endereço  |                               |                                    |              |       |
| R PROF ISAURA ALVES 150 VILA SAO JOSE NATAL-RN CEP:59000000 |                               |                                    |              |       |
| Telefone Residencial  | Telefone Trabalho             | Nome da Mãe                        |              |       |
| 99472-1366  |                               | MARIA VALDEVANIA NOGUEIRA DE SOUZA |              |       |

DADOS DO ATENDIMENTO

|  |       |           |                  |
|--|-------|-----------|------------------|
| Setor                                  |       |           |                  |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                  |
| Data                                   | Hora  | Matricula | Tipo Documento   |
| 03/02/2018                             | 17:49 |           |                  |
| Médico Atendente                       |       |           | Clinica          |
| 2142970 FABIO FERREIRA FREIRE          |       |           | 4-CIRURGICA      |
| Médico Acompanhante                    |       |           | Tipo Atendimento |
| 2142970 FABIO FERREIRA FREIRE          |       |           | 0 INTERNACAO     |
| Avaliação médica                       |       |           |                  |

DADOS DO CONVENIO

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| Convenio          | Plano CARREFOUR COMERCIO E INDUSTRIA LTDA        |  |
| 222-HAPVIDA       | 6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO |  |
| Carteira          | Validade   |  |
| 57113000832000011 |  |  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|          |              |           |  |
|----------|--------------|-----------|--|
| Posto    | Acomodação   |           | Leito  |
|          |              |           |  |
| N. Guia  | Procedimento | Senha     | Descrição  |
| 32064938 | 99996666     | C60718974 | INTERNACAO   |
| 32064938 | 30722411     | C60718974 | FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS - TRATAMENTO CIRURGICO C/ FIXACAO |
| 32064938 | 30722365     | C60719186 | FRATURA DE BENNETT - TRATAMENTO CIRURGICO                              |
| 32064938 | 30731119     | C60719185 | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO                 |
| 32064938 | 30732026     | C60719180 | ENXERTO OSSEO  |
| 32064938 | 00020010     | C60719186 | VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)                                 |
| 3267519  | 32030126     | 186124271 | RAIOX MAO OU QUIRODACTILOS   |
| 32067517 | 32030126     | 186124270 | RAIOX MAO OU QUIRODACTILOS   |

R4310RI - EMANUELE DANTAS DA SILVA



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
48460144

!SQ\$O"

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

03/02/2018 17:55:55

|   |                               |                                    |              |       |
|---|-------------------------------|------------------------------------|--------------|-------|
| Prontuário  | Nome do Paciente              | Sexo                               | Nascimento   | Idade |
| 15871155  | VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS | M                                  | 08/08/1996   | 21    |
| RG  | CPF                           | Carteira Profissional              | Estado Civil |       |
|   | 1786320401                    |                                    | 6-OUTROS     |       |
| Endereço  |                               |                                    |              |       |
| R PROF ISAURA ALVES 150 VILA SAO JOSE NATAL-RN CEP:59000000 |                               |                                    |              |       |
| Telefone Residencial  | Telefone Trabalho             | Nome da Mãe                        |              |       |
| 99472-1366  |                               | MARIA VALDEVANIA NOGUEIRA DE SOUZA |              |       |

DADOS DO ATENDIMENTO

|  |       |                  |                |
|--|-------|------------------|----------------|
| Setor                                  |       |                  |                |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |                  |                |
| Data                                   | Hora  | Matricula        | Tipo Documento |
| 03/02/2018                             | 17:49 |                  |                |
| Médico Atendente                       |       | Clínica          |                |
| 2142970 FABIO FERREIRA FREIRE          |       | 4-CIRURGICA      |                |
| Médico Acompanhante                    |       | Tipo Atendimento |                |
| 2142970 FABIO FERREIRA FREIRE          |       | 0 INTERNACAO     |                |
| Avaliação médica                       |       |                  |                |

DADOS DO CONVENIO

|                   |  |
|-------------------|--|
| Convenio          | Plano  |
| 222-HAPVIDA       | CARREFOUR COMERCIO E INDUSTRIA LTDA              |
|                   | 6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO |
| Carteira          | Validade   |
| 57113000832000011 |  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                                  |                  |           |  |
|----------------------------------|------------------|-----------|--|
| Posto                            | Acomodação       | Leito     |  |
| RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA | L10 LEITO 10 RPA | 01        |  |
| N. Guia                          | Procedimento     | Senha     | Descrição  |
| 32064938                         | 99996666         | C60719186 | INTERNACAO   |
| 32064938                         | 30722365         | C60719186 | FRATURA DE BENNETT - TRATAMENTO CIRURGICO                              |
| 32064938                         | 30722411         | C60718974 | FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS - TRATAMENTO CIRURGICO C/ FIXACAO |
| 32064938                         | 30731119         | C60719185 | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO                 |
| 32064938                         | 30732026         | C60719180 | ENXERTO OSSEO  |

053110321 8655 15/02/2018  
01483 50103 100

Dr. Fábio Rodrigues Freire  
CRM 3628  
CPF: 281.988.674-43

Dr. Gilberto de Souza Oliveira  
CRM 3628  
CPF: 281.988.674-43

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
48460144

!SQ\$O"

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

03/02/2018 17:55:32

|   |                               |                                    |              |       |
|---|-------------------------------|------------------------------------|--------------|-------|
| Prontuário  | Nome do Paciente              | Sexo                               | Nascimento   | Idade |
| 15871155  | VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS | M                                  | 08/08/1996   | 21    |
| RG  | CPF                           | Carteira Profissional              | Estado Civil |       |
|   | 1786320401                    |                                    | 6-OUTROS     |       |
| Endereço  |                               |                                    |              |       |
| R PROF ISAURA ALVES 150 VILA SAO JOSE NATAL-RN CEP:59000000 |                               |                                    |              |       |
| Telefone Residencial  | Telefone Trabalho             | Nome da Mãe                        |              |       |
| 99472-1366  |                               | MARIA VALDEVANIA NOGUEIRA DE SOUZA |              |       |

DADOS DO ATENDIMENTO

|  |                  |           |                |
|--|------------------|-----------|----------------|
| Setor                                  |                  |           |                |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |                  |           |                |
| Data                                   | Hora             | Matricula | Tipo Documento |
| 03/02/2018                             | 17:49            |           | 04.02          |
| Médico Atendente                       | Clínica          |           |                |
| 2142970 FABIO FERREIRA FREIRE          | 4-CIRURGICA      |           |                |
| Médico Acompanhante                    | Tipo Atendimento |           |                |
| 2142970 FABIO FERREIRA FREIRE          | 0 INTERNACAO     |           |                |
| Avaliação médica                       |                  |           |                |
| 2033.1                                 |                  |           |                |

DADOS DO CONVENIO

|                   |   |                                     |
|-------------------|---|-------------------------------------|
| Convenio          | Plano                                   | CARREFOUR COMERCIO E INDUSTRIA LTDA |
| 222-HAPVIDA       | 6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - | COLETIVO                            |
| Carteira          | Validade                                |                                     |
| 57113000832000011 |   |                                     |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                                  |                  |       |
|----------------------------------|------------------|-------|
| Posto                            | Acomodação       | Leito |
| RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA | L10 LEITO 10 RPA | 01    |

| N. Guia  | Procedimento | Senha     | Descrição  |
|----------|--------------|-----------|--|
| 32064938 | 99996666     | C60719186 | INTERNACAO   |
| 32064938 | 30722365     | C60719186 | FRATURA DE BENNETT - TRATAMENTO CIRURGICO                              |
| 32064938 | 30722411     | C60718974 | FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS - TRATAMENTO CIRURGICO C/ FIXACAO |
| 32064938 | 30731119     | C60719185 | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO                 |
| 32064938 | 30732026     | C60719180 | ENXERTO OSSEO  |

DMISSÃO NO CRC

DIRA De MSD 11, MSB  
MEDICACAO EM USO

MAO  
ESCOLARIDADE: 5º ANO  
PROFISSAO: 02.02.01  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
CIRURGIAS ANTERIOR: NAO  
ADORNOS: NAO  
PRÓTESE: NAO  
PESO: 64kg  
ALERGIA: NAO

PARTURIÇAS: 0  
SEMANAS:  
HAS: M DIABETES: N  
ASMA: N CIGARRO: N

4310RI - JULIANA ROCHA DO NASCIMENTO

## NOTA DE SALA

kt: 438267L

|  |  |   |  |                                      |  |  |         |
|--|--|---|--|--------------------------------------|--|--|---------|
| <b>Atendimento:</b> 48460144                 |  | <b>Prontuário:</b> 15871155                                 |  | <b>VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS</b> |  | <b>HAPVIDA</b>   |         |
| <b>Cirurgia(s):</b> 30722365                 |  | FRATURA DE BENNETT - TRATAMENTO CIRURGICO                   |  | <b>Tipo Anestesia:</b> GERAL         |  |  |         |
| 30722411                                     |  | FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS - TRATAMENTO CIRURGICO |  | 30731119                             |  | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO |         |
| 30732026                                     |  | ENXERTO OSSEO   |  |                                      |  |  |         |
| <b>Sala Cirúrgica:</b> SALA CIRURGICA 4 - CC |  | <b>Setor Emissor:</b> CENTRO CIRURGICO - HAP NATAL          |  | <b>Apto.:</b>                        |  |  |         |
| <b>Equipe Médica:</b> CIRURGIAO              |  | 2142970   |  | FABIO FERREIRA FREIRE                |  | CRM  | 5804    |
| PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO                   |  | 1973380   |  | CARLOS ANTONIO DE LIMA PINTO         |  | CRM  | 5598    |
| ANESTESISTA                                  |  | 486477  |  | GILBERTO DE SOUZA OLIVEIRA FILHO     |  | CRM  | 3628    |
| CIRCULANTE                                   |  | 3398986   |  | LILIA LORENA MONTEIRO DA SILVA       |  | COREN  | 1141758 |

| Código                               | Especificação                                      | Qtde | Código              | Especificação                            | Qtde                     |
|--------------------------------------|--|------|---------------------|--|--------------------------|
| <b>Materiais Médico-Hospitalares</b> |  |      | <b>Medicamentos</b> |  |                          |
| 27855                                | AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD                    | 2    | 36811               | DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML      | 1                        |
| 32450                                | AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD                    | 5    | 38008               | DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML                   | 2                        |
| 31739                                | ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML                     | 10   | 40037               | DORMONID 15 MG AMPL 3 ML                 | 1                        |
| 51063                                | ALGODAO HIDROFILO - 500 GR                         | 2    | 40479               | FENTANIL 10ML FRAP 10 ML                 | 1                        |
| 27944                                | ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD                     | 2    | 42013               | KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD                   | 2                        |
| 30163                                | CATETER DE OXIGENIO - 1 UD                         | 1    | 42358               | LANEXAT 0,5 MG AMPL 5 ML                 | 1                        |
| 30201                                | CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD             | 1    | 48194               | MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD           | 1                        |
| 26182                                | COMPRESSA OPERATORIA 25X28 - 1 UD                  | 10   | 118240              | SOLUCAO DE RINGER SIMPLES TUBO 500 ML    | 1                        |
| 27910                                | ELEIRODO P/MONITOR DESCARTAVEL - 1 UD              | 2    | 43800               | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML | 2                        |
| 134084                               | EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD             | 1    | 119785              | TILATIL 40MG AMPL 1 UD                   | 1                        |
| 50997                                | ESPARADRAPO TUBO 450 CM                            | 20   |                     |  |                          |
| 31879                                | FIO KIRSCHNER - 1 UD                               | 3    |                     |  |                          |
| 30597                                | GAZE SECA 7,5 X 7,5 NAO ESTERIL PCT 500 UD         | 50   |                     |  |                          |
| 50857                                | GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD                        | 6    |                     |  |                          |
| 50954                                | LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD                        | 1    |                     |  |                          |
| 30635                                | LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA                    | 4    | 19                  | <b>Gases/Aparelhos</b>                   |                          |
| 30651                                | LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA                    | 1    | 20                  | TAXA DE SALA                             | Início: 18:40 Fim: 19:00 |
| 30660                                | LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA                    | 2    | 16                  | OXIGENIO                                 | Início: 18:40 Fim: 19:00 |
| 30678                                | LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA                    | 2    | 22                  | MONITORIZACAO                            | Início: 18:40 Fim: 19:00 |
| 50822                                | MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD | 5    |                     | OXIMETRO DE PULSO                        | Início: 18:40 Fim: 19:00 |
| 51004                                | MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM                       | 20   |                     |  |                          |
| 32379                                | POVIDINE DEGERMANTE FRAS 1000 ML                   | 100  |                     |  |                          |
| 32360                                | POVIDINE TOPICO 1LT FRAS 1000 ML                   | 100  |                     |  |                          |
| 50849                                | PROPEDES DESCARTAVEL PCT 100 UD                    | 6    |                     |  |                          |
| 30864                                | SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML               | 2    |                     |  |                          |
| 30872                                | SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML               | 5    |                     |  |                          |

Data: 03/02/2018

Cirurgião: FABIO FERREIRA FREIRE

Anestesiista: GILBERTO DE SOUZA OLIVEIRA F Pág. 1 de 1



# HAP - HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE  
Fone: (84) 3203.500

## BOLETIM DE ANESTESIA

CLIENTE: Vander Celso de Souza Trindade CONVENIO: Hoprida DATA: 3/2/18

Diagnóstico: fratura de bacia

Exame Físico: paciente com histórico de traumatismo na região E. Nega alergia e comorbidades

Patologias: NDN

Medicamentos em uso: NDN

Alergias: NDN

Próteses: ☒ Não ( ) Sim

Sinais Vitais: T 37.6 bpm PA 120 x 70 FR 18 P 95

QUIRURGIA: Correção de fratura de bacia + t. encefalo INÍCIO: 18:48 h TÉRMO: 19:00 h

TIPO DE ANEST. bloqueio TÉCNICA Flaco INÍCIO: 18:40 h TÉRMO: 19:05 h

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| 0         | <u>Est. contínuo</u> |
| 18        | <u>Est. contínuo</u> |
| 16        |                      |
| 14        | <u>W W W</u>         |
| 12        |                      |
| 10        |                      |
| 8         | <u>W W W W</u>       |
| 6         |                      |
| 4         |                      |
| 2         | <u>W W</u>           |
| 0         |                      |
| ANOTAÇÕES |                      |

| DROGAS USADAS          | QDE         | UN         |
|------------------------|-------------|------------|
| 1 <u>Propofol 1%</u>   | <u>200</u>  | <u>ml</u>  |
| 2 <u>Midazolam</u>     | <u>5</u>    | <u>mg</u>  |
| 3 <u>Fentanyl</u>      | <u>100</u>  | <u>mcg</u> |
| 4 <u>Clonidina</u>     | <u>2</u>    | <u>mg</u>  |
| 5 <u>Atorvastatina</u> | <u>10</u>   | <u>mg</u>  |
| 6 <u>Depo-medrol</u>   | <u>2</u>    | <u>g</u>   |
| 7 <u>Insulina</u>      | <u>40</u>   | <u>UI</u>  |
| 8 <u>Soro Fisiol</u>   | <u>1000</u> | <u>ml</u>  |
| 9                      |             |            |
| 10                     |             |            |
| 11                     |             |            |
| 12                     |             |            |
| 13                     |             |            |
| 14                     |             |            |
| 15                     |             |            |
| 16                     |             |            |
| 17                     |             |            |
| 18                     |             |            |
| 19                     |             |            |
| 20                     |             |            |
| 21                     |             |            |
| 22                     |             |            |
| 23                     |             |            |
| 24                     |             |            |
| 25                     |             |            |
| 26                     |             |            |
| OXIGÊNIO:              |             |            |

Anestesia Assinatura: Dz. Gilberto de Souza Oliveira Filho CPF: 48398674-40 CPF: \_\_\_\_\_ ITEM: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

03/02/2018 19:03

Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS Dt. Nasc.: 08/08/1996 Atendimento: 48480144 Prontuário: 15871155  
Convênio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: L10/1

Profissional(is): FABIO FERREIRA FREIRE, MEDICO, CRM 5604 [1] Nº: 18947787 03/02/2018 às 18:21

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Clínico S623 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S623 [1]

**DADOS DA CIRURGIA**

Data Da Cirurgia 03/02/2018 [1]

Hora Da Cirurgia [1]

Cirurgia TRAT CIRURGICO DE FRAT DE BENNET [1]

Cirurgião DR FABIO FREIRE [1]

1º Auxiliar DR CARLOS PINTO [1]

Anestesista DR GILBERTO OLIVEIRA [1]

Descrição Cirúrgica  
1 - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL, SOB BLOQUEIO MSE  
2 - AA + ANT-SEPSIA + CCE  
3 - REDUÇÃO CRUENTA DE FRAT DE BENNET ESQ  
4 - TENOPLASTIA  
5 - FIXAÇÃO COM FIOS K 1,5 COM 03 UNID  
6 - ENXERTO OSSEO  
7 - CURATIVO  
8 - TALA LUVA [1]

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA**

03/02/2018 19:03

|   |  |                       |                      |
|---|--|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS                       | Dt. Nasc.: 08/08/1996  | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA   | Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE  | Leito: L10/1          |                      |
| Profissional(is): FABIO FERREIRA FREIRE, MÉDICO, CRM 5804 (1) |  | Nº: 18947787          | 03/02/2018 às 18:21  |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>  |  |                       |                      |
| Diagnóstico Clínico   | S623   |                       | [1]                  |
| Diagnóstico Cirúrgico   | S623   |                       | [1]                  |
| <b>DADOS DA CIRURGIA</b>                                      |  |                       |                      |
| Data Da Cirurgia  | 03/02/2018   |                       | [1]                  |
| Hora Da Cirurgia  |  |                       | [1]                  |
| Cirurgia  | TRAT CIRURGICO DE FRAT DE BENNET   |                       | [1]                  |
| Cirurgião   | DR FABIO FREIRE  |                       | [1]                  |
| 1º Auxiliar   | DR CARLOS PINTO  |                       | [1]                  |
| Anestesista   | DR GILBERTO OLIVEIRA   |                       | [1]                  |
| Descrição Cirúrgica   | 1 - PACIENTE EM DECUBITO DORSAL, SOB BLOQUEIO MSE<br>2 - AA + ANT-SEPSIA + CCE<br>3 - REDUÇÃO CRUENTA DE FRAT DE BENNET ESQ<br>4 - TENOPLASTIA<br>5 - FIXAÇÃO COM FIOS K 1,5 COM 03 UNID<br>6 - ENXERTO OSSEO<br>7 - CURATIVO<br>8 - TALA LUVA |                       | [1]                  |

Dr. Fabio Ferreira Freire  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5804 - ROR 13197

**FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO**

Página 1 de 3

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA**

03/02/2018 22:49

|   |                                     |                       |                      |
|---|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS | Dt. Nasc.: 08/08/1996               | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA                       | Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE | Leito: L10/1          |                      |

|  |              |            |          |
|--|--------------|------------|----------|
| Profissional(is): ANA CLAUDIA DE ARAUJO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 874653 [1] | Nº: 18947699 | 03/02/2018 | às 18:18 |
| IBANEZ HERCULANO DE ANDRADE JUNIOR, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 578780 [2]      |              |            |          |
| LILIA LORENA MONTEIRO DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1141758 [3]         |              |            |          |

**PACIENTE**

|                    |                  |     |
|--------------------|------------------|-----|
| Escolaridade       | ENSINO MÉDIO     | [2] |
| Profissão          | OPERADOR DE LOJA | [2] |
| Estado Civil       | SOLTEIRO         | [2] |
| Origem Do Paciente | EMERGÊNCIA.      | [2] |
| Data De Admissão   | 03/02/2018       | [2] |

**PRÉ-OPERATÓRIO**

|   |               |     |
|---|---------------|-----|
| Tipo De Cirúrgia                        | Emergência.   | [2] |
| Data Da Cirurgia                        | 03/02/2018    | [2] |
| Procedimento Cirúrgico Proposto         | TNÓLISE       | [2] |
| Pulseira De Identificação               | MSD.          | [2] |
| Responsável Pelo Recebimento            | IBANEZ JUNIOR | [2] |
| Data Recebimento Do Paciente Na Unidade | 03/02/2018    | [2] |
| Avaliação Pré-Anestésica                | SIM.          | [2] |
| Nome, dosagem, frequência               | NÃO.          | [2] |
| Alergia- Descrição                      | NÃO.          | [2] |
| Tabagista                               | NÃO.          | [2] |
| Etilista                                | NÃO.          | [2] |
| Internações Anteriores                  | NÃO.          | [2] |
| Motivo das Internações                  | NÃO.          | [2] |
| Cirurgias Anteriores                    | NÃO.          | [2] |
| Avaliação Das Condições Emocionais      | Ansiedade.    | [2] |
| Orientações Ao Paciente                 | Anestesia.    | [2] |

**Reserva de Hemoderivados**
**NUTRICIONAL / METABÓLICO**

|                        |       |     |
|------------------------|-------|-----|
| Peso Estimado          | 64 kg | [2] |
| Intolerância Alimentar | NÃO.  | [2] |
| Jejum                  | NÃO.  | [2] |

**CONFORTO**
**OUTROS DADOS E SINAIS**

|        |       |     |
|--------|-------|-----|
| Sat O2 | 100 % | [2] |
|--------|-------|-----|

**DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS**

|      |            |     |
|------|------------|-----|
| Data | 03/02/2018 | [2] |
| Hora | 18:15      | [2] |

# FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 3

03/02/2018 22:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

Dt. Nasc.: 08/08/1996

Atendimento: 48460144

Pontuário: 15871155

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: L101

## INTRA-OPERATÓRIO

|  |  |     |
|--|--|-----|
| Responsável Pelo Recebimento                   | LILIA  | [3] |
| Hora   | 18:30  | [3] |
| Sala   | 03   | [3] |
| Condições Da Pele ao Inicio da cirurgia        | INTEGRA  | [3] |
| Inicio Da Anestesia                            | 18:40  | [3] |
| Término Da Anestesia                           | 19:15  | [3] |
| Inicio Da Cirurgia                             | 18:48  | [3] |
| Término Da Cirurgia                            | 19:00  | [3] |
| Instrumentador                                 | NATECIA  | [3] |
| Circulante                                     | LILIA  | [3] |
| Posição do paciente durante o ato operatório   | Dorsal.  | [3] |
| Membro Ou Lado A Ser Operado                   | MÃO DIREITA  | [3] |
| Quantidade De Compressas Utilizadas No Inicio  | 5 UD   | [3] |
| Quantidade De Compressas Utilizadas No Término | 5 UD   | [3] |
| Medicações/hora                                | ADM ÀS 18:40 PELO DR. GILBERTO DECADRON 01 AMP + IPIRINA 02 AMP + TENOXICAM 01 AMP + | [3] |
| Exames De Imagem                               | Sim  | [3] |
| Clorexedine Alcoólico                          | Sim  | [3] |
| Clorexedine Degermante                         | Sim  | [3] |
| Álcool   | Sim  | [3] |
| Tipo   | Elétrico.  | [3] |
| Número De Série                                | 06104  | [3] |
| Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia       | OPERADA COM CURATIVOLIMPO  | [3] |
| Grau De Contaminação                           | LIMPA.   | [3] |
| Encaminhamento Do Paciente                     | SRPA.  | [3] |
| Encaminhamento Do Paciente                     |  |     |
| Horário De Saída Da S.O                        | 19:10  | [3] |

## SINAIS VITAIS

|       |        |     |
|-------|--------|-----|
| T     | 36 °C  | [3] |
| Pulso | 74 bpm | [3] |
| PA    | 120X80 | [3] |

## OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

PACIENTE ADMITIDO EM S.O PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA, PELO DR. FÁBIO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DEAMBULANDO, REALIZADO AVP EM MSD COM JELCO 22, MONITORIZAÇÃO, DÉBITO CARDIACO, OXÍMETRO DE PULSO, COLOCADO 3 FIO DE QUIXINES, ANESTESIA DE

Página 2 de 2

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA**

03/02/2018 22:49

Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 08/08/1996

Atendimento: 48460144

Prontuário: 15871155

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: L10/1

BLOQUEIO.PROCEDIMENTO OCORREU SEM INTERCORRENCIAS.  
PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS PARA SRPA AOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM COM RAOX PÓS.

|                                      |  |     |
|--------------------------------------|--|-----|
| Intercorrências                      | NÃO  | [3] |
| Eletrodos                            | TORAX  | [3] |
| Incisão Cirúrgica                    | PUNHO  | [3] |
| Punções Venosas                      | MSD  | [3] |
| <b>PÓS-OPERATÓRIO</b>                |  |     |
| Nível de Consciência pos operatorio  | Calmo.   | [1] |
| Tipo De Respiração                   | Espontânea s/suporte de o2.  | [1] |
| Extremidades                         | Perfundidas.   | [1] |
| Curativos Cirúrgicos                 | Limpo e seco.  | [1] |
| <b>ESCALA DE GLASGOW</b>             |  |     |
| Esontaneamente                       | Sim  | [1] |
| Orientado E Conversando              | Sim  | [1] |
| Obedece A Comandos                   | Sim  | [1] |
| <b>REGISTROS</b>                     |  |     |
| Acesso Periférico Pérvio             | Sim  | [1] |
| <b>ESCALA DE DOR</b>                 |  |     |
| 1 (Sem Dor)                          | Sim  | [1] |
| <b>ESCALA DE ALDRETE KROULIK</b>     |  |     |
| Desperto Totalmente                  | Sim  | [1] |
| Respira Profundamente                | Sim  | [1] |
| Apto A Mover 4 Extremidades          | Sim  | [1] |
| Maior Que 92% Respirando Ar          | Sim  | [1] |
| <b>CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO</b>   |  |     |
| Nível de Consciência                 | Calmo.   | [1] |
| Extremidades                         | Pefundidas.  | [1] |
| Curativos Cirúrgicos                 | Limpo e seco.  | [1] |
| Abdômem                              | Plano.   | [1] |
| Unidade De Internação                | Sim  | [1] |
| Horário                              | 23:00  | [1] |
| Responsável                          | CLAUDIA  | [1] |
| <b>OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS</b> |  |     |
| Observação                           | PACIENTE ENCAMINHADA PARA RX EM SEQUIDA FAZER TALA<br>DEPOIS ENCAMINHADO PARA O QUARTO COM HVP DE MACA | [1] |

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

03/02/2018 18:50

Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS Dt. Nasc.: 08/08/1996 Atendimento: 48460144 Prontuário: 15871155  
Convênio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: L10/1

Profissional(is): MARIA DO SOCORRO MARQUES CAMARA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM Nº: 18948367 03/02/2018 às 18:43  
COREN 584085 [1]

### DADOS DA ADMISSÃO

|                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| Data Da Cirurgia | 03/02/2018  | [1] |
| Hora Da Cirurgia | 18:30   | [1] |
| Cirurgia         | FRATURA DE PUNHO  | [1] |
| Equipe Cirúrgica | DR. FABIO + DR. CARLOS PINTO + DR. GILBERTO ANESTESISTA + LILIA CIRCULANTE E NATERCIA INSTRUMENTADORA | [1] |

### ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

|   |                       |     |
|---|-----------------------|-----|
| Setor De Admissão Do Paciente                             | C.C                   | [1] |
| Identidade Do Paciente                                    | SIM.                  | [1] |
| Autorização Do Paciente                                   | SIM.                  | [1] |
| Avaliação Pré-Anestésica                                  | SIM.                  | [1] |
| Informação De Lateralidade Pelo MA                        | SIM.                  | [1] |
| Confirmação De Vaga Em Uti                                | NÃO.                  | [1] |
| Exames Complementares                                     | NÃO.                  | [1] |
| Exames Radiológicos                                       | SIM.                  | [1] |
| Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada            | SIM.                  | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia  | SIM.                  | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia | SIM.                  | [1] |
| Confirmação De Reserva De Sangue                          | NÃO.                  | [1] |
| Tricotomia Até 2 Horas Antes                              | NÃO.                  | [1] |
| Higienização  | SIM.                  | [1] |
| Higienização  |                       |     |
| Se sim, especifique                                       | DIGERMAÇÃO E ASSEPSIA | [1] |

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

|  |      |     |
|--|------|-----|
| Confirmar Identidade Do Paciente   | SIM. | [1] |
| Prontuário Ativo   | SIM. | [1] |
| Opme Checado   | SIM. | [1] |
| Checagem Completa Dos Equipamentos   | SIM. | [1] |
| Alergias Do Paciente São Conhecidas  | SIM. | [1] |
| Checagem Completa Das Medicações Anestésicas   | SIM. | [1] |
| Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança) | NÃO. | [1] |
| Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração   | NÃO. | [1] |
| Confirmação De Vaga Em Uti   | NÃO. | [1] |

### ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2


HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

03/02/2018 18:50

|   |                                     |                       |                      |
|---|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS | Dt. Nasc.: 08/08/1996               | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA                       | Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE | Leito: L10/1          |                      |

|   |           |     |
|---|-----------|-----|
| Membros da Equipe Cirúrgica   | SIM.      | [1] |
| Lateralidade Do Procedimento  | Esquerda. | [1] |
| Paciente Certo  | SIM.      | [1] |
| Sítio Cirúrgico Identificado  | SIM.      | [1] |
| <b>ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS</b>   |           |     |
| Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado   | SIM.      | [1] |
| Checkagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento   | SIM.      | [1] |
| Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos  | NÃO.      | [1] |
| Checkou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada   | SIM.      | [1] |
| Esterilização Do Material Confirmada E Válida   | SIM.      | [1] |
| <b>AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO</b>   |           |     |
| Orientação De Posicionamento De Membros   | SIM.      | [1] |
| Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados   | SIM.      | [1] |
| Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura                         | SIM.      | [1] |
| Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica | SIM.      | [1] |
| Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião  | SIM.      | [1] |
| Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus   | SIM.      | [1] |
| Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas  | NÃO.      | [1] |






ANTONIO  
PRUDENTE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão 03/02/2018 18:15:40

Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

Dr. Nasc.: 08/08/1996

Atendimento: 48460144

Prontuário: 15871155

Convenio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 15822349

03/02/2018 às 18:12

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA

Leito: L10/1

Peso: 80.00 kg

|                                      |                   |                    |      |              |                   |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------|------|--------------|-------------------|
| 1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE | PLANO NUTRICIONAL | UD                 | 3/3h | ORAL         |                   |
| 2. Hidratação Venosa Fase Única      | Vol. Total:       | 500 ml             |      | 7.00 gts/min | Acesso Periférico |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9%                |                   | 500 ml             |      |              |                   |
| 3. KEFAZOL (1.00g)<br>(07/2)         | 1g                | 1FRAP (C/1GR)      | 8/8h | EV           |                   |
| Aqua Destilada                       | 20 ml             |                    |      |              |                   |
| 4. PROFENID IV (100.00mg)            | 100mg             | 1UD (C/100MG)      | 8/8h | EV           |                   |
| Soro Fisiológico 0,9%                | 100 ml            |                    |      |              |                   |
| 5. DIPIRONA (500.00mg/ml)            | 1000mg            | 2ML (AMPL C/500MG) | 6/6h | EV           |                   |
| Aqua Destilada                       | 18 ml             |                    |      |              |                   |
| 6. TRAMAL (50.00mg/ml)               | 50mg              | 1ML (AMPL C/50MG)  | 8/8h | EV           | SN                |
| Soro Fisiológico 0,9%                | 100 ml            |                    |      |              |                   |
| 7. PLAMET (5.00mg/ml)                | 10mg              | 2ML (AMPL C/10MG)  | 8/8h | EV           |                   |
| Aqua Destilada                       | 18 ml             |                    |      |              |                   |
| 8. SINAIS VITAIS                     |                   |                    |      |              |                   |
| 9. MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO     |                   |                    |      |              |                   |

Dr. Fábio Ferreira Freire  
Otorrinolaringologista  
CRM: 15017-1/PR

RP1541

FABIO FERRERA FREIRE

03/02/2018 18:15

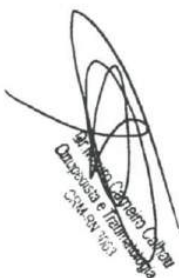
10.1.32.203

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 04/02/2018 07:40:43

|   |  |                            |  |                         |  |                      |  |
|---|--|----------------------------|--|-------------------------|--|----------------------|--|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS |  | Dt. Nasc.: 08/08/1996      |  | Atendimento: 48460144   |  | Prontuário: 15871155 |  |
| Convenio: HAPVIDA                       |  | Nº Prescrição: 15825737    |  | 04/02/2018 às 07:35     |  |                      |  |
| Posto: POSTO 1A - ALA C                 |  | Leito: 2033C/1             |  | Peso: 80.00 kg          |  |                      |  |
| 1. DIET/GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE      |  |                            |  |                         |  |                      |  |
| PLANO NUTRICIONAL                       |  |                            |  | UD                      |  | 3/3h ORAL            |  |
| 2. Hidratação Venosa Fase Única         |  | Vol. Total: 500 ml         |  | 7.00 gts/min            |  | Acesso Periférico    |  |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9%                   |  | 500 ml                     |  |                         |  |                      |  |
| 3. KEFAZOL (1.00g)<br>(D2/2)            |  | 1 g                        |  | 1 FRAPC/1GR             |  | 8/8h EV              |  |
| Água Destilada                          |  | 20 ml                      |  |                         |  |                      |  |
| 4. PROFENID IV (100.00mg)               |  | 100 mg                     |  | 1 UD (C/100MG)          |  | 8/8h EV              |  |
| Soro Fisiológico 0,9%                   |  | 100 ml                     |  |                         |  |                      |  |
| 5. DIPIRONA (500.00mg/ml)               |  | 1000 mg                    |  | 2 ML (AMPPL C/500MG/6h) |  | EV                   |  |
| Água Destilada                          |  | 18 ml                      |  |                         |  |                      |  |
| 6. TRAMAL (50.00mg/ml)                  |  | 50 mg                      |  | 1 ML (AMPPL C/50MG/8h)  |  | EV SN                |  |
| Soro Fisiológico 0,9%                   |  | 100 ml                     |  |                         |  |                      |  |
| 7. PLAMET (5.00mg/ml)                   |  | 10 mg                      |  | 2 ML (AMPPL C/10MG/8h)  |  | EV                   |  |
| Água Destilada                          |  | 18 ml                      |  |                         |  |                      |  |
| 8. RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DEI  |  |                            |  | 24/24h                  |  |                      |  |
| 9. SINAIS VITAIS                        |  |                            |  |                         |  |                      |  |
| 10. MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO       |  |                            |  |                         |  |                      |  |
| 12. Alta em: 04/02/2018                 |  | ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO |  |                         |  |                      |  |
| Alta dada por: MAURO CARNEIRO CALHAU    |  | ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO |  |                         |  |                      |  |
| 13. Alta em: 04/02/2018                 |  | ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO |  |                         |  |                      |  |
| Alta dada por: MAURO CARNEIRO CALHAU    |  |                            |  |                         |  |                      |  |


  
 Gustavo Rodrigo Maciel Conceição
   
 CRM nº 1163



## PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

03/02/2018 18:11

Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS Dt. Nasc.: 08/08/1996 Atendimento: 48460144 Prontuário: 15871155  
Convênio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: L10/1  
Profissional(is): FABIO FERREIRA FREIRE, MÉDICO, CRM 6804 [1] Nº: 18947455 03/02/2018 às 18:08

### IDENTIFICAÇÃO

|                    |                               |     |
|--------------------|-------------------------------|-----|
| Nome               | VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS | [1] |
| Sexo               | Masculino                     | [1] |
| Idade              | 21 A 5 M                      | [1] |
| Data De Nascimento | 08/08/1996                    | [1] |
| Nº Atendimento     | 48460144                      | [1] |

### DADOS DO PACIENTE

### MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

|                |                                    |     |
|----------------|------------------------------------|-----|
| CID10 Primário | S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO | [1] |
|----------------|------------------------------------|-----|

### COMORBIDADES

### GRAU DE INDEPENDÊNCIA

### IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

### OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

|           |                                  |     |
|-----------|----------------------------------|-----|
| Principal | TRAT CIRURGICO DE FRAT DE BENNET | [1] |
|-----------|----------------------------------|-----|

### OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

### ALTA HOSPITALAR

|               |        |     |
|---------------|--------|-----|
| Total De Dias | 2 Dias | [1] |
|---------------|--------|-----|

**EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO**

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

03/02/2018 18:32

|   |                                     |                       |                      |
|---|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS                       | Dt. Nasc.: 08/08/1996               | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA   | Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE | Leito: L10/1          |                      |
| Profissional(is): FABIO FERREIRA FREIRE, MÉDICO; CRM 5804 [1] | Nº: 18948039                        | 03/02/2018            | às 18:31             |

| REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO |  |     |
|-------------------------------|--|-----|
| Evolução Do Paciente          | SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DE FRAT DE BENNET ESQ<br>PROC SEM INTERCORRENCIAS | [1] |
| CID 10                        | S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO                                       | [1] |

  
Dr. Carlos Pinto  
CRM 5804 [1]

  
Dr. Fabio Ferreira Freire  
CRM 18948039

## EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1


HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

04/02/2018 07:37

|   |                         |                       |                      |
|---|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS                       | Dt. Nasc.: 08/08/1996   | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA   | Posto: POSTO 1A - ALA C | Leito: 2033C/1        |                      |
| Profissional(is): MAURO CARNEIRO CALHAU, MÉDICO, CRM 3063 [1] | Nº: 18957753            | 04/02/2018            | às 07:36             |

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

|                      |   |     |
|----------------------|---|-----|
| Evolução Do Paciente | PACIENTE BEM SEM QUEIXAS. ALTA HOSPITALAR | [1] |
| REGISTROS MÉDICOS    |   |     |
| Intercorrências      | SEM INTERCORRENCIAS                       | [1] |



Dr. Mauro Carneiro Calhau  
Osteodentista e Traumatologista  
CRM 3063



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

04/02/2018 04:56

Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS Dt. Nasc.: 08/08/1996 Atendimento: 48460144 Prontuário: 15871155  
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1A - ALA C Leito: 2033C/1

Profissional(is): MAGNOLIA CARVALHO DE AQUINO, ENFERMEIRO(A), COREN 56434 [1] Nº: 18956765 04/02/2018 às 04:53

|  |   |     |
|--|---|-----|
| <b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>          |   |     |
| Evolução de enfermagem                 | paciente admitido vindo do cc, sobre maca em pol de fratura do punho e da mão E, consciente, orientado, contactuante, O2 ambiente, nega dm, has e alergia medicamentosa, avp/msd viabilizando a hv + atb, diurese espontânea, aceitando a dieta vo, necessidades atendidas, mantendo mse em tipóia. | [1] |
| <b>CONTROLE VITAIS / MÉDIA PERÍODO</b> |   |     |
| <b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>   |   |     |
| Data                                   | 03/02/2018  | [1] |
| <b>PELE / EVOLUÇÃO DA FERIDA</b>       |   |     |
| Descrição                              | pele integra  | [1] |
| <b>PROCEDIMENTOS INVASIVOS</b>         |   |     |
| Acesso Periférico                      | Sim   | [1] |

Magnolia A. Carvalho  
ENF. 18956765

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE NATAL LTDA

04/02/2018 05:04

|   |                         |                       |                      |
|---|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS                                       | Dt. Nasc.: 08/08/1996   | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA   | Posto: POSTO 1A - ALA C | Leito: 2033C/1        |                      |
| Profissional(is): MAGNOLIA CARVALHO DE AQUINO, ENFERMEIRO(A), COREN 56434 (1) |                         |                       |                      |
| Nº: 18956781 04/02/2018 às 04:57  |                         |                       |                      |

**PACIENTE**

|                    |                   |     |
|--------------------|-------------------|-----|
| Escolaridade       | ensino medio      | [1] |
| Profissão          | operador de loja  | [1] |
| Estado Civil       | solteiro          | [1] |
| Origem Do Paciente | Posto Enfermagem. | [1] |

**CONTROLE DA SAÚDE**

|                           |      |     |
|---------------------------|------|-----|
| Internações Anteriores    | não  | [1] |
| Motivo das Internações    | não  | [1] |
| Cirurgias anteriores      | Não. | [1] |
| Comorbidades              | não  | [1] |
| Nome, dosagem, frequência | não  | [1] |
| Alergia-Descrição         | não  | [1] |
| Tabagismo                 | Não. | [1] |
| Etilista                  | Não. | [1] |

**NUTRICIONAL / METABÓLICO**

|                        |             |     |
|------------------------|-------------|-----|
| Intolerância Alimentar | Não.        | [1] |
| Jejum                  | Não.        | [1] |
| Conservado             | Sim         | [1] |
| Dentição               | Preservada. | [1] |

**ABDOMEN**

|                          |            |     |
|--------------------------|------------|-----|
| Plano                    | Sim        | [1] |
| Flácido                  | Sim        | [1] |
| Ruidos Hidroaéreos (RHA) | Presentes. | [1] |

**ELIMINAÇÃO**

|                       |      |     |
|-----------------------|------|-----|
| Ausentes              | Sim  | [1] |
| Presentes             | Sim  | [1] |
| Intestinais/Urinárias | Não. | [1] |

**SONO / REPOUSO**

|                         |      |     |
|-------------------------|------|-----|
| Concilia sono e repouso | Sim. | [1] |
|-------------------------|------|-----|

**COGNITIVO / PERCEPTIVO**

|             |      |     |
|-------------|------|-----|
| Em Ouvir    | Não. | [1] |
| Compreender | Não. | [1] |
| Memorizar   | Não. | [1] |
| Falar       | Não. | [1] |

**CONFORTO**

|               |      |     |
|---------------|------|-----|
| Queixa de dor | Não. | [1] |
|---------------|------|-----|



## SAE CLÍNICO ADULTO E PEDIÁTRICO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

04/02/2018 05:04

Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 08/08/1996  
Posto: POSTO 1A - ALA C

Atendimento: 48460144  
Leito: 2033C/1

Prontuário: 15871155

### ESCALAS

#### ESCALA DE DOR

|             |     |     |
|-------------|-----|-----|
| 1 (Sem Dor) | Sim | [1] |
|-------------|-----|-----|

#### ESCALA DE BRADEN

|                  |    |     |
|------------------|----|-----|
| Escala De Braden | 21 | [1] |
|------------------|----|-----|

|                   |     |     |
|-------------------|-----|-----|
| Nenhuma Limitação | Sim | [1] |
|-------------------|-----|-----|

|                   |     |     |
|-------------------|-----|-----|
| Raramente Molhado | Sim | [1] |
|-------------------|-----|-----|

|                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| Anda Frequentemente | Sim | [1] |
|---------------------|-----|-----|

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| Levemente Limitado | Sim | [1] |
|--------------------|-----|-----|

|          |     |     |
|----------|-----|-----|
| Adequado | Sim | [1] |
|----------|-----|-----|

|                 |     |     |
|-----------------|-----|-----|
| Nenhum Problema | Sim | [1] |
|-----------------|-----|-----|

Magnolia C. A. Gonzaga  
COREY-KY-3034-ENF



## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

04/02/2018 07:39

|   |                                 |                       |                      |
|---|---------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS                       | Dt. Nasc.: 08/08/1996           | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA   | Posto: POSTO 1A - ALA C         | Leito: 2033C/1        |                      |
| Profissional(is): MAURO CARNEIRO CALHAU, MÉDICO, CRM 3083 [1] |                                 | Nº: 18957797          | 04/02/2018 às 07:38  |
| <b>DIAGNÓSTICOS</b>   |                                 |                       |                      |
| CID10   | S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO |                       | [1]                  |
| Plano Terapêutico   | ALTA HOSPITALAR                 |                       | [1]                  |

  
Dr. Mauro Carneiro Calhau  
Médico - Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3083



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
04/02/2018 05:06  
rp1532\_000

|  |                         |                       |                      |
|--|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS          | Dt. Nasc.: 08/08/1996   | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA                                | Nº Prescrição: 15825088 | 04/02/2018 às 05:05   |                      |
| Posto: POSTO 1A - ALA C                          | Leito: 2033C/1          |                       |                      |
| Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO |                         |                       |                      |
| Profissionais:                                   |                         |                       |                      |

### 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

|                            |       |       |       |
|----------------------------|-------|-------|-------|
| MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL | Manhã | Tarde | Noite |
|----------------------------|-------|-------|-------|

### 8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

|                             |       |       |       |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS | Manhã | Tarde | Noite |
|-----------------------------|-------|-------|-------|



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

04/02/2018 09:32

|  |   |                       |                      |
|--|---|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS  | Dt. Nasc.: 08/08/1996   | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA  | Posto: POSTO 1A - ALA C   | Leito: 2033C/1        |                      |
| Profissional(is): FRANCISCA MYRELLE SARMENTO, ENFERMEIRO(A), COREN 463757 (1) Nº: 18960237 04/02/2018 às 09:31 |   |                       |                      |
| <b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>  |   |                       |                      |
| Evolução de enfermagem<br><br>Descrição  | Paciente 1DPOde fratura do punho e da mão E, consciente, orientado, contactuante, O2 ambiente, nega dm, has e alergia medicamentosa, avp/msd viabilizando a hv + atb, diurese espontânea, aceitando a dieta vo, necessidades atendidas, mantendo mse em tipóia. recebeu visita meidca esta ed ALTA HOSPITALAR<br><br>pele integra |                       |                      |
| <b>PELE / EVOLUÇÃO DA FERIDA</b>   |   |                       |                      |
| <b>PROCEDIMENTOS INVASIVOS</b>   |   |                       |                      |
| Acesso Periférico  | Sim   |                       |                      |

Francisca Myrelle Sarmento  
ENFERMEIRO  
COREN RN 463757

**REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA

04/02/2018 05:26

|   |                         |                       |                      |
|---|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS | Dt. Nasc.: 08/08/1996   | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA                       | Posto: POSTO 1A - ALA C | Leito: [REDACTED]     |                      |

|  |              |            |               |
|--|--------------|------------|---------------|
| Profissional(is): ENIA KLYVIA DE B VENANCIO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 600836 | Nº: 18956564 | [REDACTED] | às [REDACTED] |
|--|--------------|------------|---------------|

**DADOS DO PACIENTE**
**PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ**
**PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE**
**PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE**

|      |            |     |
|------|------------|-----|
| Hora | [REDACTED] | [1] |
|------|------------|-----|

|      |  |  |
|------|--|--|
| Hora |  |  |
|------|--|--|

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| Descrição | paciente veio proveniente do cc. pos-cirurgico de tenoplastia, consciente e orientado, em o2 ambiente, nega alergia medicamentosa, has e diabetes, aferido os ssvv, realizado medicamentos de horario, avp fluindo, aceita bem a dieta v.o, eliminações fisiologicas presentes em wc. segue aos cuidados da equipe. | [1] |
|-----------|---|-----|

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

|  |  |     |
|--|--|-----|
| Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte | SORO FISIOLÓGICO 0,9% TUBO 500ML EV ADMINISTRADO AS 04:19, EM 04/02/2018 RESP. ENIA KLYVIA DE B VENANCIO, COREN/RN 600836.<br><br>KEFAZOL FRAP 1GR EV 1/3 ADMINISTRADO AS 04:19, EM 04/02/2018 RESP. ENIA KLYVIA DE B VENANCIO, COREN/RN 600836.<br><br>DIPIRONA AMPL 1000MG EV 1/4 ADMINISTRADO AS 04:19, EM 04/02/2018 RESP. ENIA KLYVIA DE B VENANCIO, COREN/RN 600836.<br><br>PLAMET AMPL 10MG EV 1/3 ADMINISTRADO AS 04:20, EM 04/02/2018 RESP. ENIA KLYVIA DE B VENANCIO, COREN/RN 600836.<br><br>PROFENID IV FRAP 100MG EV 1/3 ADMINISTRADO AS 04:20, EM 04/02/2018 RESP. ENIA KLYVIA DE B VENANCIO, COREN/RN 600836.<br><br>DIPIRONA AMPL 1000MG EV 2/4 ADMINISTRADO AS 04:20, EM 04/02/2018 RESP. ENIA KLYVIA DE B VENANCIO, COREN/RN 600836. | [1] |
|--|--|-----|

MONIQUE SIMÕES M. DE OLIVEIRA  
 Tec. de Enfermagem  
 COREN-RN 795057

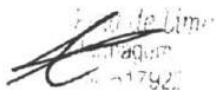
**REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Página 1 de 1

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE NATAL LTDA**

04/02/2018 08:00

|   |                             |                       |                      |
|---|-----------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS   | Dt. Nasc.: 08/08/1996       | Atendimento: 48460144 | Prontuário: 15871155 |
| Convênio: HAPVIDA   | Posto: POSTO 1A - ALA C     | Leito: 2033C/1        |                      |
| Profissional(is): WALNIRA MARIA DE LIMA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 617922 [1] Nº: 18958090 04/02/2018 às 07:58 |                             |                       |                      |
| <b>DADOS DO PACIENTE</b>  |                             |                       |                      |
| <b>PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: MANHÃ</b>   |                             |                       |                      |
| Hora  | 07:59                       | [1]                   |                      |
| Hora  |                             |                       |                      |
| Descrição   | pct saiu de alta hospitalar | [1]                   |                      |
| <b>PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: TARDE</b>   |                             |                       |                      |
| <b>PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: NOITE</b>   |                             |                       |                      |
| <b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>   |                             |                       |                      |

  
Walnira Maria de Lima  
Técnico de Enfermagem  
COREN 617922

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013702403344  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 01141699947 RNTRO \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2018

NOME  
VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

CPF/CNPJ 017.863.204-01 PLACA QGS7681  
PLACA ANT/UF QGS7681/RN CHASSI 9C2XC2200JR005377

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAC APLICAVE COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2018

CAP/POT/CIL 162 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 16/02/2018 1º PAGO  
IPV FAIXA IPVA 041900-3K R\$ \*\*\*\*\* 2º PAGO  
A 041900-3K R\$ \*\*\*\*\* 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\* TAXAS DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES  
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65  
BANCO HONDA S/A  
MOTOR: KC22E0J005442

MACAIBA/RN DATA 23/01/2018

Sidney Bezerra da Silva  
Coordenador de Registro de Veículos  
DETRAN - RN

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

RN Nº 013702403344 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 2018 DATA EMISSÃO 23/01/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 017.863.204-01 PLACA QGS7681

RENAVAM 01141699947 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN

ANO FAB. 2017 CAT. TAR. 9 Nº CHASSI 9C2XC2200JR005377

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

107  
JUN-2017



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a ur é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3180243746 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTI




**BENEFICIÁRIO** VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

**CPF/CNPJ:** 01786320401

**Posição em 01-02-2019 16:18:44**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no i

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 18/06/2018        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

| Histórico das correspondências enviadas |   |   |
|---|---|---|
| Data da Carta                           | Referência  | Ver Carta   |
| 21/06/2018                              | Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/3RQK4+k9bprsVV1sX8mGyQ==/4mfapi_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvMO6WH4DGI3OCeKyXk3zdCc=) |
| 07/06/2018                              | Interrupção de Prazo  |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/3RQK4+k9bprsVV1sX8mGyQ==/Gapi_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvMO6WH4DGI3OCeKyXk3zdCc=)   |
| 31/05/2018                              | Aviso de Sinistro   |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nTD5N1f9CuvQhsADUcPxyg==/6tapi_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvMO6WH4DGI3OCeKyXk3zdCc=)  |

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT