



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Jonas Casals Brandão</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>Seguraneiro</i>	Carteira de Identidade: <i>2005009114507</i>	
CPF nº: <i>801.316.703-87</i>	Residência: <i>Rua 79, 119 A</i>		
Bairro: <i>Conj. Frissati II</i>	Cidade: <i>Pacatuba</i>	Estado: CE	CEP: <i>61800-000</i>

OUTORGADA:

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 27 de março de 2019.

Jonas Casals Brandão
outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, Ponac Lassus Brandao,
 Brasileiro(a), casado, portador da cédula de Identidade Nº
2005009114507 E CPF Nº 801.316.703-87,
 capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua 79, nº 119A, conjunto Juissati II

na Cidade de Pacatuba, Estado Ceará, CEP
61800-000, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
 declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora
 conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de
 invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 27, de março, de 2019.

Jose Milton da Silva Campelo
 DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Jonas Carlos Brandão, brasileiro(a),
casado, segurança, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2005009114507 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 801.316.703-87
 residente e domiciliado na cidade de Pacatuba, estado de
 Ceará, na Rua 79, nº 119A,
conj. freissati II, 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), 27 de março de 2019.

Jonas Carlos Brandão

Declarante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

Nome: <u>Fonny Soares Brandão</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua 79 nº 119</u>		Profissão: <u>Segurança</u>
CPF nº: RGn: <u>0005009114507</u> <u>801.316.703-87</u>		Estado Civil: <u>casado</u>
Bairro: <u>Conj. Frissati II</u>	Cidade: <u>Pacatuba</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>61800-000</u>	Telefone: <u>98686.2262</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHODE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 27 de março de 2019

Fonny Soares Brandão

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o Sr(a) Jonas Casaes Brandão,
declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da
AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial
tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando
ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora
do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora
representados.

Igualmente, DECLARA, ainda, estar ciente de sua Responsabilidade (civil e criminal),
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo Judicial de
Cobrança de seguroDPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de
alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a **Dra. NAJMA MARIA
SAID SILVA, OAB/CE Nº 28.394**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza (CE), 27 de março, de 20 19.

Jonas Casaes Brandão

Declarante.

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 565347270

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
7740973 DV **6**

VENCIMENTO
10/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
120,34

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 06 026011 13 0172200 Medidor 1997870 Poste 0000 0
Nome JONAS CASAES BRANDAO
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU 0079 CONJ JEREISSATI II 00119 CS A JEREISSATI II PACATUBA 61800000

RG / CPF / CNPJ 801.316.703-87

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
9217	9071	1	146	0	146

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
12/03/2019	09/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3D5B.C4C0.9C61.92BB.2432.C47E.1DD8.158F

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
103,37	27%	27,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,06
MULTA MORATORIA	1,83
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	15,08

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 28,96
Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL II
Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MÉ	MA	FEB	EN	DIC	NO	OC	SE	AG	JUL	JUN	MA
D	R		E		V	T	F	O			Y
											R

Consumo

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 7740973-6 N° da Nota Fiscal: 565347270 Total a Pagar (R\$): 120,34
Data de Emissão: 26/03/2019 Referência: MAR/2019 N° de Controle: 0007740973 00031 4332 2 66

83830000001-2 20340031000-4 00077409730-2 00314332265-0



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/04/2019 às 09:03, sob o número 01221515920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122151-59.2019.8.06.0001 e código 465569E.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DOS CIDADOS DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO CARTAM/NACIONAL DE IDENTIFICACAO		VALIDA POR 1000 9 TERRITORIO NACIONAL	
1277406424		1277406424	
NOME: ROBERTO PAULO BERNARDINO		DATA DE NASCIMENTO: 24/09/2009	
SEXO: M		ESTADO: RJ	
ENDERECO: RUA...		CIDADE:	
CEP:		UF:	
DATA DE EMISSAO: 26/04/2016		DATA DE VALIDADE:	
ASSINATURA:		FOTOGRAFIA:	
COPIA:		ORIGINAL:	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
DEPARTAMENTO DE ACIDENTES E SINISTROS DE TRÂNSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 8518 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data e Hora da Comunicação: **20/12/2016 12:14:25**
Data e Hora da Ocorrência: **20/09/2016 19:45:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GODOFREDO MACIEL**
Cidade: **Fortaleza**
Bairro: **MARAPONGA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. AO CARREFOUR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JONAS CASAES BRANDAO**
Nascimento: **27/12/1978** CPF: **801.316.703-87**
RG: **2005609114507** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ELZA DE JESUS CASAES**
ROBERTO PAULO BRANDAO
Endereço: **RUA 79, 119 A** CEP: **60.000-000**
Bairro: **CONJ. JEREISSATI II**
Município: **PACATUBA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8686-2262**

Nome: **FRANCISCA ALZELI COELHO RIBEIRO**
Nascimento: **02/03/1988** CPF: **021.754.023-63**
RG: **2001098112480** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA MOURA COELHO RIBEIRO**
FRANCISCO ALTEMAR TEODOSIO
Endereço: **RUA 79, 119 CASA A** CEP: **61.800-000**
Bairro: **CONJ. JEREISSATI II**
Município: **PACATUBA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98686-2262**

Dados de(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HWR4343/CE** Município: **PACATUBA** Chassi: **912FNU0208R038688** Registro: **129747505** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA ALZELI COELHO RIBEIRO** Situação: **NAO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **FMV1474/CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGJC69E0FB223760** Registro: **1050809529** Tipo do Veículo: **Automotivo** Marca / Modelo: **CHEVROLET/COBALT 1.8 LTZ** Ano: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **JULIO CEZAR NOGUEIRA BRITO** Situação: **NAO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ATRIBUÍDO POR GARANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORA ACIMA CITADOS, QUE POR TER O VEICULO "MOTOCICLETA" COM NO. 04765235921, CATEGORIA "AB", QUE PLACA É "HWR4343/CE", MOTOCICLETA DE PLACA HWR4343/CE, QUE FRANCISCA ALZELI COELHO RIBEIRO ERA O PROPRIETÁRIO, QUE TRAFEGAVAM PELA

Jonas

Francisca Alzeli



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 - 8518 / 2016

AV. GODOFREDO MACIEL, QUANDO UM CARRO DE PLACA PMV1474 AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU NA MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS QUE AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADOS. QUE O CONDUTOR DO VEICULO PERMANECER NO LOCAL. QUE AS VITIMAS FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E O SR. JONAS CASAES BRANDÃO(VITIMA) FOI LEVADO PARA O HOSPITAL UNICLINIC E A SRA. FRANCISCA ALZELI COELHO RIBEIRO(VITIMA) FOI LEVADA PARA O FROTEIRA DA PARANGABA. QUE A MOTO FICOU DANIFICADA, E NADA MAIS DISSE.////

OPS - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB;
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jonas Casaes Brandão

VISTO DO DELEGADO(A):

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

Francisca Alzeli Coelho Ribeiro

[Handwritten signature]

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e a requerimento nº **3526/2016**, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento ao Sr. **Jonas Casaes Brandão**, no dia **20/09/2016**, às **19h45min**, na **Avenida Godofredo Maciel**, no **Bairro Maraponga**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o **Hospital Uniclínica**.

Fortaleza, 11 de outubro de 2016.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza



Av: Aguanambi Nº332
Bairro: Fátima
CEP: 60011-002
Tel: 3311-6000

Gamaec - Setembro 2016

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

JONAS CARLOS BRANDÃO

CPF

801 316 703 87

RG

200 510 911 4507

IDADE

37 ANOS

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

SEXO

M

ENDEREÇO

RUA 79 CSA 119A

TELEFONE

98886800

BARRIO

JERISSATI II

CIDADE

PACATUBA

CEP

61800000

UF

CE

NATURALIDADE

BAHIA

PAI

ROBERTO PRADO BRANDÃO

MÃE

ELZA DE JESUS CARVALHO

MÉDICO RESPONSÁVEL

DR. JERONIMO RICHARDO ALMEIDA

CRM

5244

DATA INTERNAÇÃO

20/03/16

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME

RG

CPF

PROFISSÃO

PARENTESCO

TELEFONE

ENDEREÇO

BARRIO

CIDADE

CEP

UF

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para IMPLANTAÇÃO NO S. DPVAT, assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em todo e qualquer caso, das informações médicas existentes no Prontuário.

Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.

Fortaleza(Ce), 10 DE OUTUBRO DE 2016

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

[Assinatura]

JONAS CARLOS BRANDÃO

PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

02 FGFR RECONHECIMENTO FORMA Nº CC176063	Cartório de Registro Civil Av. 18, Nº 103, Loja 02 e 03 Cong. Jerussati II, Pacatuba-CE Tel (85) 3384.2200	Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade do(a) Pacatuba-CE Em test. da verdade 10 OUT. 2016 Del. Roberta Almeida Camila Andrade - Substituta Suzy Ferreira Martins - Escrevente Cristiano de Moraes - Escrevente VALIDO SOMENTE COMO SELLO DE AUTENTICIDADE
--	--	---



Paciente :	Jonas Casaes Brandao				
Prontuário :	179324	Sexo:	M	Idade:	37a 9m 17d
Atendimento:	1.194.865	Convênio:	GAMEC	Prescrição:	1452477
Data Exame:	07/10/2016				
Solicitante:	Joao Ricardo Andrade de				

RX PERNA ESQUERDA AP/P

LAUDO:

Fratura da fibula distal esquerda, com presença de placa e parafusos.

Nº.INC.....[02]

RX TORNOZELO ESQUERDO AP/P

LAUDO:

Fratura da fibula distal esquerda, com presença de placa e parafusos.

Nº.INC.....[02]

Dr. João Ricardo
CRM 5244
CPF: 423.866.403-53



FICHA DE ATENDIMENTO INTERNAÇÃO/PQA

Nome: Jonas Casaes Brandao
 Titular do Conv: Jonas Casaes Brandao
 Estado Civil: Casado
 Nome Pai: Roberto Paulo Brandao
 Nascimento: 27/12/1978
 Endereço: 79, 119 JEREISSATI II A
 Bairro: JEREISSATI II
 Naturalidade:

Conjuge:

Nome Mãe: Elza de Jesus Casaes
 Idade: 37 Anos

Cidade: Fortaleza
 Religião:

Atendimento: 1.189.365
 Nº Prontuário: 179.324
 Dt Internação: 21/09/2016 00:30

Cid:
 Sexo: Masculino
 CPF: 80131670387
 Identidade: 2005009114507
 Telefone 1: (85) 86862262
 Dt Entrada: 21/09/2016
 Dt Alta: 24/09/2016

Acomodação:
 Enfermaria:
 Unidade: 706-2
 Plano de Saúde:
 Nome:
 GAMEC:
 Empresa:
 GIH:
 Autorização:
 Cód Usuário: 00019049823014

Responsáveis

Nome: Antonia Moura Coelho Ribeiro
 Endereço: 79, 119 Jereissate 2
 RG:
 CPF: 80131670387

Parentesco:
 Telefone 2:
 Telefone 3:
 Telefone 4: 87186560

Nome:
 Endereço:
 RG:
 CPF:

Parentesco:
 Telefone:
 Celular:
 Tel Trabalho:

AUDITADO
 26/09/16
 Chris

Queixa Principal:

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

UNICLINICA
 CONFERE COM
 ORIGINAL

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr. Jonas Casaes Brandao, CPF nº 80131670387, aqui declarado, internado neste hospital, assumiu, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos materiais e alimentação especializada, que venha se fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobrados por seu plano de saúde, visto que tanto o Hospital quanto o Hospital Uniclínica não se responsabiliza por valores de dinheiro, celular, livros, etc, deixados em quaisquer dependências interna/externa não implicando em qualquer compromisso por parte da instituição, com danos físicos causados durante a permanência no mesmo.

Yasmim
 Responsável pelo Atendimento
 Yasmim Mayara Alves Fonteles

X Antonia
 Paciente ou Responsável

...ship opportunities for

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

[illegible]



Fortaleza, 21 de Setembro de 2016.

Para: Gamec

Att, Vitor

Assunto: Orçamento de Material para Cirurgia de Fratura.

Paciente: Jonas Caraes Brandão

Hospital: Uniclínica

Convênio: Gamec

Médico: Dr. João Ricardo

Data da Cirurgia: A definir

Quant.	Descrição de Material	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa Bloqueada. 3,5 Reg. ANVISA: 10209780016	2.325,00	2.325,00
05	Parafuso Bloqueado Reg. ANVISA: 10209780004	232,00	1.160,00
	TOTAL		3.485,00

OBS: O valor deste orçamento pode variar de acordo com a quantidade ou tipo de materiais efetivamente utilizados.

Contato / Retorno: Fone: 3268.3597 Fax: 3261.9456
Sandra Vasconcelos: (85) 9117.5104
E-mail: cearamed@oriontelecom.com.br

Atenciosamente,

Eyme Barros

Autenticado
AUDITORIA / OPME
GAMEC
27/09/2016

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL
J

CEARAMED DISTRIBUIDORA DE IMPLANTES ESPECIALIZADOS LTDA.

Av. Dom Luis. 609 sala. 305, 306 e 307 Aldeota CEP 60.160-230 Fortaleza/CE - CNPJ N° 03.349.368/0001-58 CGF N° 06.202.423-0
e-mail: cearamed@oriontelecom.com.br Fone (85) 3268.3597 Fax: (85) 3261.9456



O Hospital da sua vida

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 27/05/16

Nome do Paciente:

Nome: Carlos R. Mendes

Ent. Apto:

606

Leito:

031

Médico:

Horário

Credenciamento:

Com. C.

Internamento:

MATERIAL UTILIZADO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 Litro - Coral

1 Ampolha 1mg + 0,9, 0,1 de

610 - 100 mg + 100 ml

500 mg EV de 12/12 h

100 mg de 100 mg + 100 ml

500 mg EV de 8/12 h

500 mg EV de 150 mg

1 Ampolha 1mg + 0,9, 0,1 de

313 - 100 mg

755VV + 100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

Ser 20 cc

Ser 10 cc

Ser 5 cc

Ser 3 cc

Agulha 40/12

Agulha 13/4 5

Equipo

Equipo c/ lat.

Soro Físio. 100ml

Soro Glico. 100ml

Abd 500ml p/02

S Aspiração

BOMBA DE INFUSÃO

MED. LIG. DES. LIG.

DES. DES.

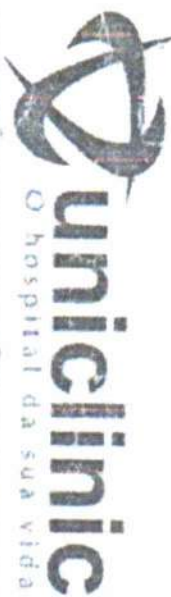
Glicemia

Hora Valor Insulina

100 mg

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 244.071-5/1386-2015

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL



NOME:

João Roberto Diniz

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 21/09/16

POSTO: CT

LEITO: 606-3

CONVÊNIO: EAPAE

TURNO:

OBSERVAÇÃO

Consciente () Orientado () Desorientado ()
Ambulatório () Cadeirante () Acamado ()
Repouso no leito ()

Ac. Venoso: CVP () local CVC () local Dissecção ()

Respiração: Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi () %
MNBZ () Másc. reservatória 100% ()

SPO₂ %

Dieta: VO () SNE () SNG () GTT () NPT ()
ZERO () para:

Eliminações: Diurese espontânea () Em fraída () SVD () SVA ()
Evacuações normal () Pastosa () Líquida () Diarreica ()

Banho: Aspersão () Leito () Outros ()
Qual

OBSERVAÇÃO:

TURNO: Noturno OBSERVAÇÃO

Consciente () Orientado () Desorientado ()
Deambula () Cadeirante () Acamado ()
Repouso no leito ()

Ac. Venoso: CVP () local CVC () local Dissecção ()

Respiração: Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi () %
MNBZ () Másc. reservatória 100% ()

SPO₂ %

Dieta: VO () SNE () SNG () GTT () NPT ()
ZERO () para:

Eliminações: Diurese espontânea () Em fraída () SVD () SVA ()
Evacuações normal () Pastosa () Líquida () Diarreica ()

Banho: Aspersão () Leito () Outros ()
Qual

OBSERVAÇÃO:

Obs: O paciente apresenta
sne por 4 dias. Siga HAS + DM + alterações
moderadas e graves. Ajuste
dieta, siga monitorar em e pm aos
cuidados de enfermeira.

ASSINATURA e COREN:

ASSINATURA e COREN:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



Evolução Paciente

Paciente: Jonas Casaes Brandao
Data Nascto: 27/12/1978 37 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 86862252
Leito: 706 2

Atendimento: 1.189.365
Prontuário: 179.324
Dt. Entrada: 21/09/2016 00:30:10
Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
21/09/2016 02:10	Enfermeiro	Evolução		Francisca Marrusia Graça Mendonça	

Enfermeiro(a): Francisca Marrusia Graça Mendonça

Data Internação: 21/09/2016 00:30:10 Entrada na Unidade: 02:00HS

ADMISSÃO UNIDADE
EVOLUÇÃO SN

AS 02:00HS PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 7 PROVENIENTE DA EMERGENCIA P/ TTº CIRURGICO COM HD;
PRE OP FIBULA
EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AA, ACEITA DIETA VO. ELIMINAÇÕES ESPONTANEAS
PUNCIONADO CVP C/ EXITO. NEGA DM + HAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA. SEGUÊ AOS CUIDADOS

Francisca Marrusia Graça
Francisca Marrusia Graça / 329.305

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL
[assinatura]



Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente Jonas Casaes Brandao
Data Nascido 27/12/1978 37a 8m 25d
Data Entrada 21/09/2016 00:30:10
Médico Resp Dr. Leandro Rebouças Bezerra (CRM 13156)

Atendimento 1.189.365
Convênio GAMEC / ENFERMARIA
Data Presc. 21/09/2016 12:00:00

Prontuário 179.324

706 2

1443654

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica	D P E
Geral (ou Livre que aceitar)					

Medicamentos					
1 Profend 100mg Po Fa Ev	1 FA 12/12 h IV	14	02	1º	S

Separar 1 FA do medicamento em 100 ml de Soro Fisiológico 0,9% Fr 100ml

2 Novalgina 500mg/ml Amp 2ml Ev	1 amp 6/6 h IV	12	18	24	06	1º	S
---------------------------------	----------------	----	----	----	----	----	---

Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de Agua Destilada Amp 20ml Ev

3 Antak 150mg Cp Rev Vo	1 cp 1x 30 dia VO	SN	06	1º	S
-------------------------	-------------------	----	----	----	---

Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de Agua Destilada Amp 20ml Ev

4 Plasil 50mg/ml Amp 2ml Ev	1 amp 8/8 h IV	SN	06	1º	S
-----------------------------	----------------	----	----	----	---

Administrar em 10 min

5 Iramal 100mg Amp 2ml Ev	1 amp 8/8 h IV	SN	1º	S
---------------------------	----------------	----	----	---

Separar 2 ml do medicamento em 100 ml de Soro Fisiológico 0,9% Fr 100ml

SE DOR FORTE					
Administrar em 30 min					

Recomendações					
Intervalo			Horários		

PUNÇÃO COM JELCO					
JELCO SALINIZADO					

MANTER					
--------	--	--	--	--	--

SSVV+CCGG					
ROTINA					

Deu bem apr 8h, de po, 22hs

Uniclinic
Assinado digitalmente por
Dr. Leandro Rebouças Bezerra
CRM 13156

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



NOME: *João Carlos Aguiar*

CONVÊNIO:

DATA: *29/04/16* POSTO: *02* LETO: *2062*

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

TURNO: OBSERVAÇÃO

TURNO: OBSERVAÇÃO

Consciente () Orientado () Desorientado ()
Ambulatório () Cadeirante () Acamado ()
Repouso no leito ()

Consciente () Orientado () Desorientado ()
Deambula () Cadeirante () Acamado ()
Repouso no leito ()

Ac. Venoso: CVP () local CVC () local Dissecção ()

Ac. Venoso: CVP () local CVC () local Dissecção ()

Respiração: Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi () _____ %

Respiração: Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi () _____ %

MNBZ () Masc. reservatória 100% ()

MNBZ () Masc. reservatória 100% ()

SPO₂ %

SPO₂ %

Dieta: VO () SNE () SNG () GTT () NPT ()
ZERO () para:

Dieta: VO () SNE () SNG () GTT () NPT ()
ZERO () para:

Eliminações: Diurese espontânea () Em fralda () SVD () SVA ()
Evacuações normal () Pastosa () Líquida () Diarreica ()

Eliminações: Diurese espontânea () Em fralda () SVD () SVA ()
Evacuações normal () Pastosa () Líquida () Diarreica ()

Banho: Aspersão () Leito () Outros ()
Qual

Banho: Aspersão () Leito () Outros ()
Qual

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO:

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA e COREN:

ASSINATURA e COREN:



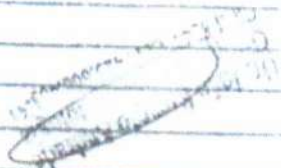
NOME DO PACIENTE: <u>Jonas Carlos Brandão</u>		CREDENCIAMENTO	
ENF/APTO:	LEITO:	MÉDICO ADMITENTE:	MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

20/09/16 - O paciente politraumatizado devido de trauma, apresentando fratura de fêmur. Não há a necessidade de intervenção.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

21/09 - Paciente com o
de internar



22/09 - Paciente com o
por de internar

Dr. João Brandão
CRM - 5244



uniclinic

O hospital da sua vida

BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome:

Jonas Passos Quintão

Unidade / Serviço:

Leito: _

606-2

Admissão:

21, 09, 16

[illegible]

+ MOD



NOME DO PACIENTE: Jonas Carlos Brandão CREDENCIAMENTO

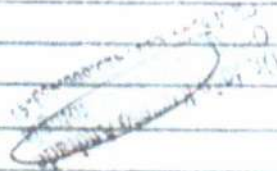
ENF/APTO.: LEITO: MÉDICO ADMITENTE: MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

20/09/16 O Paciente politraumatizado, devido a queda, apresentando fratura de fêmur. Não há a necessidade de intervenção.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

21/09 Paciente evolui com
de interesse

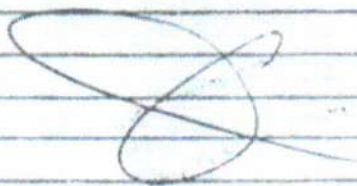


22/09 Paciente evolui com
por ser um caso

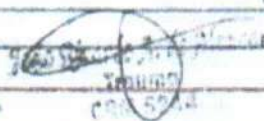
Dr. João Ricardo
CRM - 5244

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

23/09 (primeira) no 1-
 po; apurados
 no 1- no 1- n
 2000 n



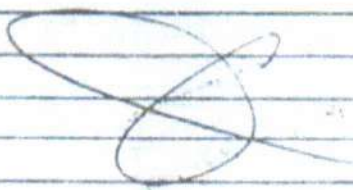
24/09 01h 1- n



UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

23/09 (prévio) no 1-
 po; apurados
 no 1º no 1º
 2000 R



24/10 01h 1º no 1º



UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



Evolução Paciente

Paciente: Jonas Casaes Brandao
 Data Nascto: 27/12/1978 37 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 86862262
 Leito: 706 2

Atendimento: 1.189.365
 Prontuário: 179 324
 Dt. Entrada: 21/09/2016 00 30:10
 Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/09/2016 06 31	Enfermeiro	Evolução		Francisca Marrusia Graça Mendonça	

Paciente: Jonas Casaes Brandao
 Enfermeiro(a): FCA MARRUSIA GRAÇA Enfermeiro(a)

Evolução Manhã

Ignóstico Pós-op. de tornozelo esquerdo
 Especialidade: Cirúrgico

EVOLUÇÃO DIARIA MT

Paciente com bom estado geral. Consciente e orientado em tempo e espaço. Eupnéico em ar ambiente. Normotenso e normocárdico. CVP pèrvio. Em uso de terapia medicamentosa. Dieta vo, abdome flácido. Diurese espontânea. Evacuação adente no período. Perfusão periférica eficaz. FO em MIE, pontos íntegros, pouco sangrante, utilizado gazes simples + atadura. Realizado curativo em escoriações em MMSS, utilizado gazes simples + atadura.

Jonas Casaes Brandao 312305
FCA MARRUSIA GRAÇA 329.305

24/09/2016 Paciente com bom estado geral

Enfermeiro(a)
Francisca Marrusia Graça Mendonça

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



NOME: Jonas Gomes Gonçalves

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 04/10/2016 POSTO: LEITO: 402

CONVÊNIO: Unic

TURNO: OBSERVAÇÃO

TURNO: OBSERVAÇÃO

Consciente	()	Orientado	()	Desorientado	()				
Deambula	()	Cadeirante	()	Acamado	()				
Repouso no leito	()								
Ac. Venoso: CVP	()	local	CVC	()	local	Dissecção	()		
Respiração:	Ar ambiente	()	Cat. Nasal	()	Venturi	()	%		
MNBZ	()	Másc. reservatória	100%	()					
SpO ₂	%								
Dieta: VO	()	SNE	()	SNG	()	GTT	()	NPT	()
ZERO	()	para:							
Eliminações: Diurese espontânea	()	Em fraida	()	SVD	()	SVA	()		
Evacuações normal	()	Pastosa	()	Líquida	()	Diarreica	()		
Banho: Aspersão	()	Leito	()	Outros	()				
Qual									

OBSERVAÇÃO: Doença pulmonar em tratamento pelo

OBSERVAÇÃO:

PC de enfermagem

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA e COREN:

ASSINATURA e COREN:

706 2

DALANY / DALANY



Evolução Paciente

Paciente: **Jonas Casaes Brandao**
 Data Nascto: 27/12/1978 37 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 86862262
 Leito: 706 2

Atendimento: 1.189.365
 Prontuário: 179.324
 Dt. Entrada: 21/09/2016 00:30:10
 Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/09/2016 08:00	Enfermeiro	Evolução		Luiza Jamila Silva da Costa	COREN 380847

Paciente: **Jonas Casaes Brandao**
 Enfermeiro(a): **Luiza Jamila Silva da Costa** Enfermeiro(a)

Evolução manhã

Diagnóstico: Pós-op. de tornozelo esquerdo
 Especialidade: Cirúrgico

Paciente com bom estado geral. Consciente e orientado em tempo e espaço. Eupnéico em ar ambiente. Normotenso e normocárdico. CVP pèrvio. Em uso de terapia medicamentosa. Dieta vo, abdome flácido. Diurese espontânea. Evacuação ausente no período. Perfusão periférica eficaz. FO em MIE, pontos íntegros, pouco sangrante, utilizado gazes simples + atadura. Realizado curativo em escoriações em MMSS, utilizado gazes simples + atadura.

Enfª Luiza Jamila
 COREN - CE 380847

Luiza Jamila Silva da Costa / COREN 380847.

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



NOME: *João Soares Brindley*

DATA *31/03/16* POSTO: *CA* LETO: *7002*

CONVÊNIO: *Uniclinic*

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

TURNO: *MT* OBSERVAÇÃO

TURNO: OBSERVAÇÃO

Consciente () Orientado () Desorientado ()

Imbula () Cadeirante () Acamado ()

Reposou no leito ()

Ac. Venoso: CVP () local CVC () local Dissecção ()

Respiração: Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi () %

MNBZ () Másc. reservatória 100% ()

SPO₂ %

Dieta: VO () SNE () SNG () GTT () NPT ()

ZERO () para:

Eliminações: Diurese espontânea () Em fralda () SVD () SVA ()

Evacuações normal () Pastosa () Líquida () Diarreica ()

Banho: Aspersão () Leito () Outros ()

Qual

OBSERVAÇÃO: *paciente em observação de rotina*

OBSERVAÇÃO:

Consciente () Orientado () Desorientado ()

Deambula () Cadeirante () Acamado ()

Reposou no leito ()

Ac. Venoso: CVP () local CVC () local Dissecção ()

Respiração: Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi () %

MNBZ () Másc. reservatória 100% ()

SPO₂ %

Dieta: VO () SNE () SNG () GTT () NPT ()

ZERO () para:

Eliminações: Diurese espontânea () Em fralda () SVD () SVA ()

Evacuações normal () Pastosa () Líquida () Diarreica ()

Banho: Aspersão () Leito () Outros ()

Qual

OBSERVAÇÃO:

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

paciente em observação de rotina

ASSINATURA e COREN:

ASSINATURA e COREN:

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL



União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente: Jonas Casaes Brandao
Data Nascio: 27/12/1978 37a Sm 27d
Data Entrada: 21/09/2016 00:30:10
Médico Resp: Dr. Leandro Rebouças Bezerra (CRM 13156)

Atendimento: 1.189.365
Convênio: GAMEC / ENFERMARIA
Data Presc: 23/09/2016 12:00:00

Portuário

179.334

706 2

1444909

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Dieta: Zero
Dose: Intervalo

Observação

Descrição Técnica

Medicamentos

1 Protid 100mg Po Fa Ev

Dose / Intervalo / Via

1 FA 12/12 h IV

Horários

14

3°

S

D P E

S

S

S

2 Novalgina 500mg/ml Amp 2ml Ev

Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de Água Destilada Amp 20ml Ev

1 amp 6/6 h IV

12

18

3°

S

S

S

S

S

S

S

3 Antak 150mg Cp Rev Vo

1 cp 1x ao dia VO

1 amp 8/8 h IV

SN

3°

S

S

S

S

S

S

S

S

S

4 Plasil 5mg/ml Amp 2ml Ev

Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de Água Destilada Amp 20ml Ev

1 amp 8/8 h IV

SN

3°

S

S

S

S

S

S

S

S

S

5 Tramal 100mg Amp 3ml Ev

Separar 2 ml do medicamento em 100 ml de Soro Fisiológico 0.9% Fr 100ml

1 amp 8/8 h IV

SN

3°

S

S

S

S

S

S

S

S

S

SE DOR FORTE

6 Ketin 1g Po Fa Ev

Reconstituir cada FA em 1 amp de Água Destilada Amp 20ml Ev

1 FA 6/6 h IV

13

19

21

3°

S

S

S

S

S

S

S

S

D02/

Recomendações

PUNÇÃO COM JELCO

JELCO SALINIZADO

SSVV+CCGG

Intervalo

Horários

MANIER

ROTINA

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

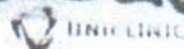
PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO

Paciente: João CA Samir Brandão Idade: 37 Sexo: M Convênio: Camé

Ido: 7062 Data: 02/09/2016

Procedimento realizado: T.E. Cirurgião de Fratura do Tornozelo
Esquerdo.

2. FRAG BLA. + KIT VOL



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

FRAG BLA. + KIT

22109

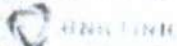
08/09/16

VALIDAÇÃO:
3 mes

DATA DO USO:

OBS:

CEARAMED.



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

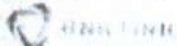
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

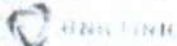
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

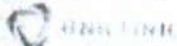
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

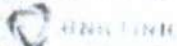
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

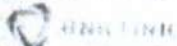
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

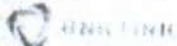
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

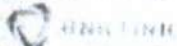
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

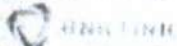
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

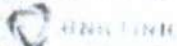
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

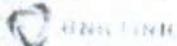
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

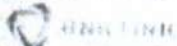
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

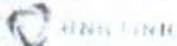
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

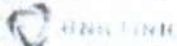
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

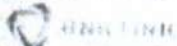
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

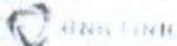
CEARAMED.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

3M

1243

REJECT ACCEPT



CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

CEARAMED. CX PER F.

RESP. PREPARO:

EUEIDA

VALIDAÇÃO:

3 mes

DATA ESTERILIZAÇÃO:

08/09/16

DATA DO USO

OBS

CEARAMED.

Comunicação de uso de R.O.P.M. Conf. O.S. N° 203 de 18/09/92, Publicada em 23/09/92 no D.O.U

N° 17995

CEARAMED DISTRIBUIDORA DE IMPLANTES ESPECIALIZADOS LTDA.

Av. Dom Luiz, 609 salas 305/306/307 Aldeota CEP 60.160-230 Fortaleza/CE
 CNPJ- 03.349.368/0001-58 CGF- 06.202.423-0 Insc municipal 211.365-1
 e-mail: cearamed@orientelecom.com.br

Fones: (85) 3268.3597 Fax: (85) 3261.9456



Paciente:

Data:

Hospital:

Prontuário:

Convênio:

Aih:

Médico:

Procedimento:

Quant.	Descrição Material	Descrição Material	Quant.
	PLACA P/ OSTEOTOMIA ABERTA DE TIBIA	PARAF. TRANSV. BIO ABSORVÍVEL	
	PLACA BLOQ. UMERAL DIST. / PROX. / CLAVÍC.	PARAF. INTERF. BIO ABSORVÍVEL	
	PLACA BLOQ. 3,5	PARAF. DE MINI CANULADO	
	PLACA BLOQ. 4,5	PARAF. ESPONJOSO	
	PLACA BLOQ. DE RECONST. 3,5	PARAF. CORTICAL	
	PLACA BLOQ. DE RECONST. 4,5	PARAF. CANULADO	
	PLACA BLOQ. OLÉCRANO	ARRUELA	
	PLACA BLOQ. TÍBIA DISTAL / PROXIMAL	FIO GUIA CALIBR. DHS/DCS	
	PLACA BLOQ. DE A/C EM T e L 4,5	FIO GUIA ROSQ. P/ HASTE	
	PLACA BLOQ. PILÃO TIBIAL	FIO KIRSCHNER / STEIMANN	
	PLACA BLOQ. 1/3 TUBULAR 3,5	FIO DE AÇO P/ CERCLAGEM	
	PLACA BLOQ. VOLAR FLEXÍVEL	ÂNCORA TITÂNIO	
	PLACA BLOQ. ANGULADA FÊMUR	HASTE FEMORAL (PRÓTESE)	
	PLACA BLOQ. DHS/DCS (4,5 / 5,0)	CABEÇA INTERC. METÁLICA	
	PLACA DCP 3,5	ACETÁBULO BIPOLAR	
	PLACA DCP 4,5	ACETÁBULO CIMENTADO	
	PARAF. BLOQ. / AUTORSQ. 2,0	RESTRITOR DE CIMENTO	
	PARAF. BLOQ. / AUTORSQ. 2,4 e 2,7	CENTRALIZADOR DE PRÓTESE	
	PARAF. BLOQ. / AUTORSQ. 3,9	KIT CIMENTAÇÃO A VÁCUO	
	PARAF. BLOQ. / AUTORSQ. 4,9	CIMENTO ORTOPÉDICO	
	PARAF. BLOQ. / AUTORSQ. 5,0	CIMENTO ORTOP. C/ ANTIB.	
	PARAF. BLOQ. P/HASTE TÍBIA/FÊMUR 4,5	STERI-DRAPE (CAMPO PLÁSTICO)	
	PARAF. DESLIZANTE DHS/DCS	HASTE BLOQUEADA PARA TÍBIA	
	PARAF. BLOQ. / TAMPÃO PARA DHS/DCS	HASTE BLOQUEADA PARA FÊMUR	
	PARAF. MALEOLAR		

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Dr. João Roberto A. de Almeida
 CRM - 12345

FORTALEZA

Médico / Carimbo e Assinatura

Func. Responsável

INFORMAÇÕES
INTERNAS

NOTA FISCAL N° _____ EMISSÃO: _____ RS _____

DATA PAGT°: ____/____/____ CH _____ BCO: _____ RS _____

DATA DEPÓSITO: ____/____/____ BCO: _____ RS _____

Uniclinic				Nome do paciente: <i>Adriana da Silva</i>			
Convênio: <i>Unimed</i>				Paciente: <i>Adriana da Silva</i>			
Hora	Tax(°C)	FR(rpm)	SpO2(%)	PASxPAD (mmHg)	PAM	FC(bpm)	Dx(mg/dl)
7				x			
8				x			
9				x			
10				x			
11				x			
12				x			
13				x			
14				x			
15				x			
16				x			
17				x			
18				x			
19				x			
20				x			
21				x			
22				x			
23				x			
24				x			
25				x			
26				x			
27				x			
28				x			
29				x			
30				x			
31				x			
32				x			
33				x			
34				x			
35				x			
36				x			
37				x			
38				x			
39				x			
40				x			
41				x			
42				x			
43				x			
44				x			
45				x			
46				x			
47				x			
48				x			
49				x			
50				x			
51				x			
52				x			
53				x			
54				x			
55				x			
56				x			
57				x			
58				x			
59				x			
60				x			
61				x			
62				x			
63				x			
64				x			
65				x			
66				x			
67				x			
68				x			
69				x			
70				x			
71				x			
72				x			
73				x			
74				x			
75				x			
76				x			
77				x			
78				x			
79				x			
80				x			
81				x			
82				x			
83				x			
84				x			
85				x			
86				x			
87				x			
88				x			
89				x			
90				x			
91				x			
92				x			
93				x			
94				x			
95				x			
96				x			
97				x			
98				x			
99				x			
100				x			
101				x			
102				x			
103				x			
104				x			
105				x			
106				x			
107				x			
108				x			
109				x			
110				x			
111				x			
112				x			
113				x			
114				x			
115				x			
116				x			
117				x			
118				x			
119				x			
120				x			
121				x			
122				x			
123				x			
124				x			
125				x			
126				x			
127				x			
128				x			
129				x			
130				x			
131				x			
132				x			
133				x			
134				x			
135				x			
136				x			
137				x			
138				x			
139				x			
140				x			
141				x			
142				x			
143				x			
144				x			
145				x			
146				x			
147				x			
148				x			
149				x			
150				x			
151				x			
152				x			
153				x			
154				x			
155				x			
156				x			
157				x			
158				x			
159				x			
160				x			
161				x			
162				x			
163				x			
164				x			
165				x			
166				x			
167				x			
168				x			
169				x			
170				x			
171				x			
172				x			
173				x			
174				x			
175				x			
176				x			
177				x			
178				x			
179				x			
180				x			
181				x			
182				x			
183				x			
184				x			
185				x			
186				x			
187				x			
188				x			
189				x			
190				x			
191				x			
192				x			
193				x			
194				x			
195				x			
196				x			
197				x			
198				x			
199				x			
200				x			
201				x			
202				x			
203				x			
204				x			
205				x			
206				x			
207				x			
208				x			
209				x			
210				x			
211				x			
212				x			
213				x			
214				x			
215				x			
216				x			
217				x			
218				x			
219				x			
220				x			
221				x			
222				x			
223				x			
224				x			
225				x			
226				x			
227				x			
228				x			
229				x			
230				x			
231				x			
232				x			
233				x			
234				x			
235				x			
236				x			
237				x			
238				x			
239				x			
240				x			
241				x			
242				x			
243				x			
244				x			
245				x			
246				x			
247				x			
248				x			
249				x			
250				x			
251				x			
252				x			
253				x			
254				x			
255				x			
256				x			
257				x			
258				x			
259				x			
260				x			
261				x			
262				x			
263				x			
264				x			
265				x			
266				x			
267				x			
268				x			
269				x			
270				x			
271				x			
272				x			
273				x			
274				x			
275				x			
276				x			
277				x			
278				x			
279				x			
280				x			
281				x			
282				x			
283				x			
284				x			
285				x			
286				x			
287				x			
288				x			
289				x			
290				x			
291				x			
292				x			
293				x			
294				x			
295				x			
296				x			
297				x			
298				x			
299				x			
300				x			
301				x			
302				x			
303				x			
304				x			
305				x			



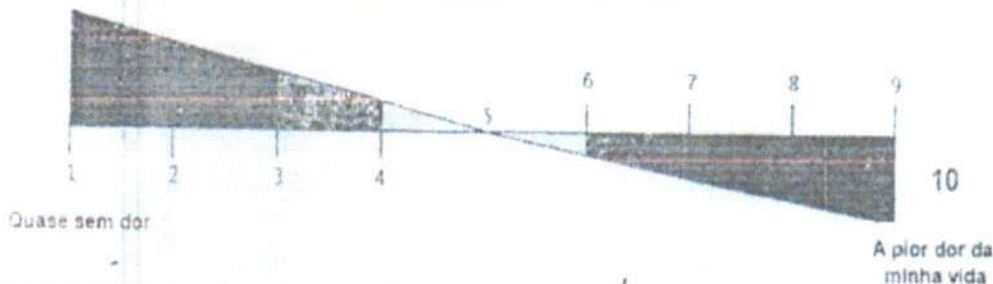
NOME: Renato Augusto Bazzucchi
PRONTUÁRIO: 228324 alt 11/11/85 163

DATA DE NASC.: 21/11/2002
DATA ADMISSÃO: 22/11/2002
HORA ADMISSÃO: 12:00

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES

() HAS () DZ () IC () AVC PRÉVIO () Outras: _____
() IRC () IR () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS

ESCALA ANALÓGICA DE DOR



SUGESTÕES DA ANESTESIA sob 556

NA ADMISSÃO: 1 APÓS UMA HORA: 1 ESCORE NA ALTA: 1

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOV-4	2	<20% NÍVEL	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/	2	>92%	2
MEMBROS		PRÉ-OP				TOSSE			
MOV-2	1	20-49% NÍVEL	1	DESPERTA	1	LIMITADA/	1	90-92%	1
MEMBROS		PRÉ-OP		VERBAL		DISPNEIA			
NAL	0	>50% NÍVEL	0	NÃO DESPERTA	0		0	<90%	0
MOV-1		PRÉ-OP		VERBAL		APNEIA			

	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h
A	1	1	1	1	2	2																		
P	2	2	2	2	2	2																		
C	1	1	1	1	2	2																		
P	2	2	2	2	2	2																		
S	2	2	2	2	2	2																		
	8	8	8	8	10	10	INTERCORRÊNCIAS																	

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO	() CEFALÉIA	() TOSSE	() AGITAÇÃO	() VAR. GLICEMIAS	() ANESTESIAS
() HIPOTENSÃO	() TONTURA	() SECREÇÃO	() DELÍRIUM	() DIST. POTÁSSIO	() PARESTESIAS
() TAQUICARDIA	() NÁUSEAS	() DISPNEIA	() ANSIEDADE	() DIST. SÓDIO	() PARESIS
() BRADICARDIA	() VÔMITOS	() APNÉIA	() CHORO	() DIST. CÁLCIO	() AMAUROSE
() PARADA	() DOR ABD.	() RE-IOT	() SUICIDABILIDADE	() DIST. MAGNÉSIO	() SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Tm t m d a t e l a C e D j u
 P. a n n o m d e n o s t r o s m d e
 D e a m a g n a

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

☐ PANTOZOL	☐ DÍPIRONA	☐ TRAMAL	☐ PLAMET/PLASTIC	☐ LORAX
☐ CEFAXANE	☐ PARACETAMOL	☐ MORFINA	☐ DRAMIN B6	☐ RIVOTRIL
☐ HEPARINA NF	☐ PROFENID	☐ OUTRO OPIÓIDE	☐ ONDASETRONA	☐ DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 12:30

РА. 1. 6. 6

EC: 71 SNO: 992

* APARTAMENTO

(0.013)

3 - RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA



ANAMNESE DE ENFERMAGEM

Paciente: James Cassen Brumby Idade: 37 Sexo: M Leito: 206
 Convênio: Uniclinic Grupo Sang: Fator RH: Data: 22/09/18 Hora: 12:10

PRÉ-OPERATÓRIO

Hipertensão () Cardiopatias () Diabetes () Doenças Resp () Alergias () Outros ()
 Quais:
 Faz uso de medicações? Sim () Não (☒)
 Quais?
 P: Kg Altura cm Cirurgia anterior Sim () Não (☒)
 Qual?
 Anestesia anterior: Sim () Não (☒)
 Tipo?
 Próteses Sim () Não (☒) Fumante Sim () Não (☒)
 Cirurgia proposta: Fint. Torçozelo E Médico: João R. K...
 Sinais vitais T= °C P= bpm R= inpm PA mmhg

TRANS-OPERATÓRIO

Cirurgia realizada: O Uterino PA 100x70 mmhg
 Tipo anestésico: Rapido Tempo cirúrgico: Início 16:00 Término 16:50
 Medicamentos utilizados: Neocort
 a cirúrgica / corpo estranho: Intervenção Destino:
 Exames durante o trans-operatório: RX () ECG () Laboratório () US ()
 Realizado contagem de compressas Sim (☒) Não ()
 Instrumentador(a): Torcedor Circulante: Regina
 Paciente encaminhado para SR () UTI () Posto ()
 COM:

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

Intercorrências:

PÓS-OPERATÓRIO

Encaminhado hs Enfermagem

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

uniclinic

Folha de Gastos na Sala de Cirurgia

culante

Nome do Paciente:		Luis Carlos Brandão		At:	
Data: 22/09/16		Leito:		Convênio: Gamel	
M.O. Cirurgião: Patrícia de Lencastre		Início: 06:00		Término: 10:50	

NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Latex	unid		Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Aguilha 13x30	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Aguilha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid	02	Catgut Cromado N°	unid	
Aguilha 25x7	unid	02	Luva 7,0	unid	03	Catgut Cromado N°	unid	
Aguilha 30x8	unid		Luva 7,5	unid	02	Catgut Simples	unid	
Aguilha 40x12	unid	02	Luva 8,0	unid		Caprofil	unid	
Aguilha de Veres	unid		Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr	20	Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2,0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5cm	cm	50	Mononylon 3,0	unid	
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0cm	cm		Mononylon 4,0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Propés	unid	06	Mononylon 5,0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Placa Bisturi Descartável	unid	01	Mononylon 6,0	unid	
Atadura de Crepon	15cm	04	Raio X de controle	unid		Mononylon Especial	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 01 cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 03 cc	unid	05	Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 05 cc	unid	01	Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 10 cc	unid	02	Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 20 cc	unid		Seda N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Seringa 60 cc	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda Dormia	unid		Vicryl Plus	unid	
Azul de Metileno	ml		Sonda de Foley N°	unid		Vicryl 0,0	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl 1,0	unid	
Bolsa de Karaia	unid		Soro Fisiológico 0,9% 100	unid		Vicryl 2	unid	
Capa Laparoscópica	unid		Soro Fisiológico 0,9% 250	unid		Vicryl 2,0	unid	
Capa Microscópio	unid		Soro Fisiológico 0,9% 500	unid	01	Vicryl 3,0	unid	
Cateter duplo J	unid		Soro Fisiológico 0,9% 1000	unid		Vicryl 4,0	unid	
Campo Impermeável desc	unid	01	Surgicel	unid		Vicryl 5,0	unid	
Caneta Bisturi	unid	01	Talafix tipo: beta	unid	01	Vicryl Rapyd	unid	
Cera para Osso	unid		Tala gessada	unid		Naropin	unid	
Compressa Grande	unid	15	Tipóia Descartável	unid		Ominipaque 300	fr	
Clorexidina degermante	ml	200	Torneira Tree Way	unid		Oximetazolina		
Clorexidina alcoólica	ml	200	Trocater N° 10mm	unid				
Clorexidina aquosa	ml							
Cotonnoid	unid		TAXAS			Gas Carbônico Co2	hora	
Coletor de Urina Sit.Fecha.	unid		Aspirador			Nitrogênio	hora	
DepoMedrol	unid		Bisturi Elétrico			MATERIAL DE FORNECEDOR		
Dreno Penrose N°	unid		Trepado Elétrico					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Tórax N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Equipos	unid		Tx. Intensif. de Imagem					
Espanadrado	cm	06	Tx. Ureterorreno					
Eter	ml		Tx. Ureterotripsor					
Extensor 20cm	unid		OUTROS					
Faixa Smarck	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter Duplo Lumen	unid				
Fio Guia Hidrofilico	unid		Cateter de Hemodialise	unid				
Fita Cardíaca	unid		Coletor de Mucosidade	unid				
Gaze 5x7,5	unid	06	Adrenalina	amp				
Gaze 7x14,5	unid		Heraina	unid				
Gaze 14x14	unid		Xilocaína	unid				
Gel Eter	ml		Xilocaína Gel	gr				
Gel Eter	unid		Xilocaína Spray	ml				
Gel Eter	unid	06	Gel Eter	unid				

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Dr. João Ricardo de Almeida
R. 504 - 5204

BOLETIM DE GASTOS COM ANESTESIA

ITENS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA ANESTESIA

SOLUÇÕES	UNID	QTDE	MEDICAMENTOS	UNID	QTDE
Soro Fisiológico 0,9% 100ml	unid		Adalat Retard 10mg	unid	
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	unid		Adrenalina 1mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	unid		Água Bidestillada 20ml	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	unid		Atropina 0,25mg - 1ml	amp	
Soro Glicosilado 0,5% 500ml	unid		Bextra 40mg	amp	
Soro Glicosilado 5% 500ml	unid		Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4%	amp	
Singer Lactato 500ml	unid		Clonidin 150mcg	amp	
SANGUE-HEMODERIVADOS			Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml	amp	
Albumina	unid		Diazepam 10mg	amp	
Cito	unid		Dimorf 10ml	amp	
Hemácias	unid		Dimorf 2ml	amp	
Plaquetas	unid		Dimorf 50 0,2mg	amp	
Plasma	unid		Dipriona	amp	
MATERIAIS			Diprospon	amp	
Abocath n°	unid		Dolantina 100mg	amp	
Agulha desc. para raqui n° 26	unid		Dopamina 500mg	amp	
Agulha desc. Peridural n°	unid		Dormonid 15mg	amp	
Cal Sodada	gr		Dormonid 5mg	amp	
Cateter para O; Tipo Oculos	unid		Efortil 10mg	amp	
Eletrodo	unid		Etomidato 20mg	amp	
Equipo para BIC	unid		Fentanil 10ml - 0,50mg	amp	
Equipo para soro com injetor lateral	unid		Fentanil 2ml	amp	
Extensor de 20cm	unid		Fentanil 5ml	amp	
Extensor de 40cm	unid		Glicose 25%	amp	
Extensor de 60cm	unid		Glicose 50%	amp	
Extensor de 120cm	unid		Halotano	ml	
Pertusor de 120cm	unid		Heparina 25 000ui	amp	
Sonda de aspiração Traqueal n°	unid		Ipsilon 1gr	amp	
Sonda Endotraqueal n°	unid		Kefazol 1gr	amp	
Torneira Three-Way	unid		Keflin 1gr	amp	
OBRIGATORIO JUSTIFICAR			Ketamin 50mg	amp	
Agulha stimplex	unid		Lasix 10mg	amp	
Ciprofloxacino 200mg - 200ml	unid		Lidocaina 2% c/ vaso - 20ml	unid	
Ciprofloxacino 400mg - 200ml	unid		Lidocaina 2% s/ vaso - 20ml	unid	
Flagyl 500mg - 100ml	unid		Narcan 0,4mg	amp	
Ipsilon 4gr	amp		Neocaína 0,5% c/ Epinefrina - 20ml	amp	
Kit PAM (transdutor de pressão)	unid		Neocaína 0,5% s/ Vasocons - 20ml	amp	
Lanexat 0,5mg	amp		Neocaína Isobárica 0,5%	amp	
Naropin 10mg/ml	amp		Neocaína Pesada 0,5%	amp	
Naropin 7,5mg/ml	amp		Omeprazol 40mg	amp	
Nauseadron 4mg - 2ml	amp		Plamet 5mg/ml	amp	
Nimblum 10mg	amp		Piasil 5mg	amp	
Pantozol 40mg	amp		Profenid 100mg EV	amp	
Propofol 1% - 20ml	amp		Prostigmine 0,5mg	amp	
Rocefin 1gr	amp		Quelicim 100mg	amp	
Sensor Bis	unid		Ranitidina	amp	
Sevorane	ml		Rapifen 25mg	amp	
Sonda Endotraqueal Aramada n°	unid		Rocuron 50mg - 5ml	amp	
Sonda Nasogástrica	unid		Solu-cortef 100mg	unid	
Tubo Carlens	unid		Solu-cortef 500mg	unid	
Tubo Polar	unid		Sufenta 1ml	amp	
Ultiva 2mg	amp		Sufenta 2ml	amp	
Vancomicina 500mg	amp		Superan 50mg - 2ml	amp	
JUSTIFICATIVA MÉDICA:			Tramal 100mg	amp	
			Tramal 50mg	amp	
			Transamin 50mg	amp	
			Vitamina K	amp	
			APARELHOS		
			Bomba de Infusão	hora	
			Bomba de Seringa	hora	
			Capnógrafo	hora	
			Cardioscópio (ECG)	hora	
			Monitor (PNI)	hora	
			Oxímetro	hora	
			GASES		
			Ar Comprimido	hora	
			Oxido nitroso	hora	
			Oxigênio	hora	

Jra. Nayara L. Pimenta
Médica
CREMEC 14.192

ORIGINAL
CONFERE COM O

ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM

Exames feitos no tempo e
 dependem o tempo
 Exame feito no tempo
 Exame feito no tempo
 Exame feito no tempo

Dr. João Ricardo A. de Almeida
 CRM - 5244

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO



UNICLINIC

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

1189365

NOME: JONAS CARVALHO BRANDÃO

CLÍNICA: Cirurgião Categoria: Cirurgião

LEITO:

PRONTUÁRIO:

DATA: 22.09.16

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: NAYARA

TARCIELE

CIRCULANTE: R. M. N.

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: 1: 15 T: 15

Início da Cirurgia: 16:00

Término: 16:50

Duração: 50 min

Início do Oxigênio: 16:00

Término: 16:50

Duração: 50 min

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VISCERAS

1) Devido a dor no abdome, a paciente foi submetida a laparoscopia. Foi realizada a punção de gás e a insuflação do abdome. Foi realizada a dissecação da parede abdominal e a identificação da vesícula biliar. Foi realizada a ligmotomia de Roux-Y e a anastomose entre o duodeno e o jejuno. Foi realizada a sutura da parede abdominal e a drenagem do abdome. Foi realizada a punção de gás e a insuflação do abdome. Foi realizada a dissecação da parede abdominal e a identificação da vesícula biliar. Foi realizada a ligmotomia de Roux-Y e a anastomose entre o duodeno e o jejuno. Foi realizada a sutura da parede abdominal e a drenagem do abdome.



UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

Uniclinic

GASTOS HOSPITALARES

Nome: T. C. B. Convênio: Gratuito Data: 20/03/16

Material	QTD	TOTAL	ORIGEM		GASTOTERAPIA	
			Ligado	Desligado	Ligado	Desligado
Água para injeção 10ml	01	6				
Água para injeção 20ml	6					
Aguilha 13x4,5		2 + 6				
Aguilha 25x7						
Aguilha 30x8						
Aguilha 40x12						
Cateter nasal						
Cateter perfuro c/ dia positivo de segurança						
Eletrodo						
Equipo para bomba de infusão						
Equipo para bomba de infusão fotosensível		01				
Equipo simples						
Extensor 20cm						
Fita para glicemia						
Gase acidochoada						
Gase simples						
Luaxol						
IV 3000						
Luva estéril						
Luva procedimento						
Seringa 10cc						
Seringa 20cc						
Seringa 3cc						
Seringa 5cc						
Seringa insulina						
Seringa 5x25						
SF 0,9% 100ml						
SF 0,9% 250ml						
Sonda aspiração traqueal						
Torniquete Tree Way						
Conclusão						

CURATIVO CVC CONVENCIONAL		CURATIVO F.O.		CURATIVO TQT		CURATIVO GTT		PASSAGEM DE SANG	
MÁSCARA: 01	☐	SF 0,9% 10ml 02	☐	GASES SIMPLES: 30 + 20	☐	GASES SIMPLES: 20	☐	SONDA SNG NY	☐
LUVA ESTÉRIL 01	☐	MICROPIRE 30cm	☐	SF 0,9% 10ml 01 + 01	☐	SF 0,9% 10ml 01	☐	LUVA ESTÉRIL 01	☐
SONDA FOLLEY NY	☐	GASES SIMPLES: 10 UND	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 03 + 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐
COLUTOR DE SISTEMA FECHADO: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	GASES SIMPLES: 10	☐
GASES SIMPLES: 70	☐	GORRO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SERINGA 20CC: 01	☐
CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SONDA URETRAL NY	☐	SONDA URETRAL NY	☐	ETER: 10ml	☐
SERINGA 20CC: 01	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	ESPARADRAPO: 10cm	☐
AGULHA 40x12 01	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	GASES: 10	☐	GASES: 10	☐	MÁSCARA: 01	☐
XILOCAINA GEL: 05gr	☐	RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐		☐
ABD 10ml: 02	☐	LUVA PROCEDIMENTO: 01	☐		☐		☐		☐
	☐		☐		☐		☐		☐

CURATIVO SVO		CURATIVO F.O.		CURATIVO TQT		CURATIVO GTT		PASSAGEM DE SANG	
MÁSCARA: 01	☐	SF 0,9% 10ml 02	☐	GASES SIMPLES: 30 + 20	☐	GASES SIMPLES: 20	☐	SONDA SNG NY	☐
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	MICROPIRE 30cm	☐	SF 0,9% 10ml 01 + 01	☐	SF 0,9% 10ml 01	☐	LUVA ESTÉRIL 01	☐
SERINGA DE 20CC: 01	☐	GASES SIMPLES: 10 UND	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 03 + 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐
	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	GASES SIMPLES: 10	☐
	☐	GORRO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SERINGA 20CC: 01	☐
	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SONDA URETRAL NY	☐	SONDA URETRAL NY	☐	ETER: 10ml	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	ESPARADRAPO: 10cm	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	GASES: 10	☐	GASES: 10	☐	MÁSCARA: 01	☐
	☐	RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐		☐
	☐	LUVA PROCEDIMENTO: 01	☐		☐		☐		☐
	☐		☐		☐		☐		☐

CURATIVO SVO		CURATIVO F.O.		CURATIVO TQT		CURATIVO GTT		PASSAGEM DE SANG	
MÁSCARA: 01	☐	SF 0,9% 10ml 02	☐	GASES SIMPLES: 30 + 20	☐	GASES SIMPLES: 20	☐	SONDA SNG NY	☐
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	MICROPIRE 30cm	☐	SF 0,9% 10ml 01 + 01	☐	SF 0,9% 10ml 01	☐	LUVA ESTÉRIL 01	☐
SERINGA DE 20CC: 01	☐	GASES SIMPLES: 10 UND	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 03 + 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐
	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	GASES SIMPLES: 10	☐
	☐	GORRO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SERINGA 20CC: 01	☐
	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SONDA URETRAL NY	☐	SONDA URETRAL NY	☐	ETER: 10ml	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	ESPARADRAPO: 10cm	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	GASES: 10	☐	GASES: 10	☐	MÁSCARA: 01	☐
	☐	RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐		☐
	☐	LUVA PROCEDIMENTO: 01	☐		☐		☐		☐
	☐		☐		☐		☐		☐

CURATIVO SVO		CURATIVO F.O.		CURATIVO TQT		CURATIVO GTT		PASSAGEM DE SANG	
MÁSCARA: 01	☐	SF 0,9% 10ml 02	☐	GASES SIMPLES: 30 + 20	☐	GASES SIMPLES: 20	☐	SONDA SNG NY	☐
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	MICROPIRE 30cm	☐	SF 0,9% 10ml 01 + 01	☐	SF 0,9% 10ml 01	☐	LUVA ESTÉRIL 01	☐
SERINGA DE 20CC: 01	☐	GASES SIMPLES: 10 UND	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 03 + 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐
	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	GASES SIMPLES: 10	☐
	☐	GORRO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SERINGA 20CC: 01	☐
	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SONDA URETRAL NY	☐	SONDA URETRAL NY	☐	ETER: 10ml	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	ESPARADRAPO: 10cm	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	GASES: 10	☐	GASES: 10	☐	MÁSCARA: 01	☐
	☐	RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐		☐
	☐	LUVA PROCEDIMENTO: 01	☐		☐		☐		☐
	☐		☐		☐		☐		☐

CURATIVO SVO		CURATIVO F.O.		CURATIVO TQT		CURATIVO GTT		PASSAGEM DE SANG	
MÁSCARA: 01	☐	SF 0,9% 10ml 02	☐	GASES SIMPLES: 30 + 20	☐	GASES SIMPLES: 20	☐	SONDA SNG NY	☐
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	MICROPIRE 30cm	☐	SF 0,9% 10ml 01 + 01	☐	SF 0,9% 10ml 01	☐	LUVA ESTÉRIL 01	☐
SERINGA DE 20CC: 01	☐	GASES SIMPLES: 10 UND	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 03 + 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐
	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	GASES SIMPLES: 10	☐
	☐	GORRO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SERINGA 20CC: 01	☐
	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SONDA URETRAL NY	☐	SONDA URETRAL NY	☐	ETER: 10ml	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	ESPARADRAPO: 10cm	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	GASES: 10	☐	GASES: 10	☐	MÁSCARA: 01	☐
	☐	RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐		☐
	☐	LUVA PROCEDIMENTO: 01	☐		☐		☐		☐
	☐		☐		☐		☐		☐

CURATIVO SVO		CURATIVO F.O.		CURATIVO TQT		CURATIVO GTT		PASSAGEM DE SANG	
MÁSCARA: 01	☐	SF 0,9% 10ml 02	☐	GASES SIMPLES: 30 + 20	☐	GASES SIMPLES: 20	☐	SONDA SNG NY	☐
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	MICROPIRE 30cm	☐	SF 0,9% 10ml 01 + 01	☐	SF 0,9% 10ml 01	☐	LUVA ESTÉRIL 01	☐
SERINGA DE 20CC: 01	☐	GASES SIMPLES: 10 UND	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 03 + 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐
	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	GASES SIMPLES: 10	☐
	☐	GORRO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SERINGA 20CC: 01	☐
	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SONDA URETRAL NY	☐	SONDA URETRAL NY	☐	ETER: 10ml	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	ESPARADRAPO: 10cm	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	GASES: 10	☐	GASES: 10	☐	MÁSCARA: 01	☐
	☐	RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐		☐
	☐	LUVA PROCEDIMENTO: 01	☐		☐		☐		☐
	☐		☐		☐		☐		☐

CURATIVO SVO		CURATIVO F.O.		CURATIVO TQT		CURATIVO GTT		PASSAGEM DE SANG	
MÁSCARA: 01	☐	SF 0,9% 10ml 02	☐	GASES SIMPLES: 30 + 20	☐	GASES SIMPLES: 20	☐	SONDA SNG NY	☐
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	MICROPIRE 30cm	☐	SF 0,9% 10ml 01 + 01	☐	SF 0,9% 10ml 01	☐	LUVA ESTÉRIL 01	☐
SERINGA DE 20CC: 01	☐	GASES SIMPLES: 10 UND	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 03 + 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐
	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	GASES SIMPLES: 10	☐
	☐	GORRO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SERINGA 20CC: 01	☐
	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	SONDA URETRAL NY	☐	SONDA URETRAL NY	☐	ETER: 10ml	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	☐	ESPARADRAPO: 10cm	☐
	☐	ALGODÃO: 15gr	☐	GASES: 10	☐	GASES: 10	☐	MÁSCARA: 01	☐
	☐	RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐		☐
	☐	LUVA PROCEDIMENTO: 01	☐		☐		☐		☐
	☐		☐		☐		☐		☐

CURATIVO SVO		CURATIVO F.O.		CURATIVO TQT		CURATIVO GTT		PASSAGEM DE SANG	
MÁSCARA: 01	☐	SF 0,9% 10ml 02	☐	GASES SIMPLES: 30 + 20	☐	GASES SIMPLES: 20	☐	SONDA SNG NY	☐
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	MICROPIRE 30cm	☐	SF 0,9% 10ml 01 + 01	☐	SF 0,9% 10ml 01	☐	LUVA ESTÉRIL 01	☐
SERINGA DE 20CC: 01	☐	GASES SIMPLES: 10 UND	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 03 + 01	☐	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	☐	XILOCAINA GEL: 05gr	☐
	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	MÁSCARA: 01	☐	GASES SIMPLES: 10	☐
	☐	GOR							



NOME:

DATA:

POSTO:

LEITO:

CONVÊNIO:

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

TURNO:

OBSERVAÇÃO

TURNO:

OBSERVAÇÃO

Consciente

()

Orientado

()

Desorientado

()

Consciente

()

Orientado

()

Desorientado

()

Imbula

()

Caderante

()

Acamado

()

Deambula

()

Caderante

()

Acamado

()

posso no leito

()

Reposso no leito

()

Ac. Venoso: CVP

()

local

CVC

()

local

Dissecção

()

Respiração:

Ar ambiente

()

Cal. Nasal

()

Venturi

()

%

MNBZ

()

Másc. reservatória

100%

()

SPO₂

%

Dieta: VO

()

SNE

()

SNG

()

GTT

()

NPT

()

ZERO

()

para:

Eliminações: Diurese espontânea

()

Em fraida

()

SVD

()

SVA

()

Evacuações normal

()

Pastosa

()

Líquida

()

Diarreica

()

Banho: Aspersão

()

Leito

()

Outros

()

Qual

()

Eliminações: Diurese espontânea

()

Em fraida

()

SVD

()

SVA

()

Evacuações normal

()

Pastosa

()

Líquida

()

Diarreica

()

Banho: Aspersão

()

Leito

()

Outros

()

Qual

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:

()

OBSERVAÇÃO:



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



Paciente: Jonas Casaes Brandao
Data Nasc: 27/12/1978 37a 8m 25d
Data Entrada: 21/09/2016 00:30:10
Médico Resp: Dr. Leandro Rebouças Bezerra (CRM 13156)
Atendimento: 1.189.365
Convênio: GAMEC / ENFERMARIA
Data Prescr: 22/09/2016 12:00:00
Prontuário: 179 324
706 2

Dose		Ocupação	Ocupação / Via	Horário	Q	P	E
Zero							
1 Profend 100mg Po Fa Ev			1 FA 12/12 h. IV				
Separar 1 FA do medicamento em 100 ml de Soro Fisiológico 0,9% Fr 100ml							
2 Novalgina 500mg/ml Amp 2ml Ev			1 amp 8/6 h IV				
Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de Agua Destilada Amp 20ml Ev							
3 Antak 150mg Cp Rav Vo			1 cp 1x ao dia VO				
4 Plasil 5mg/ml Amp 2ml Ev			1 amp 8/8 h IV				
Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de Agua Destilada Amp 20ml Ev							
Administrar em 10 min							
5 Tramel 100mg Amp 2ml Ev			1 amp 8/8 h IV				
Separar 2 ml do medicamento em 100 ml de Soro Fisiológico 0,9% Fr 100ml							
Administrar em 30 min							

SE DOR FORTE

PUNÇÃO COM JEICO
JELCO SALINIZADO

SSVV+CCGG

ROTINA

Dr. Jose Roberto de Jesus
CRM 5244

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

pro
Doença viral capv 17h
Vibrio e gastroenteria
IV 2006-
[Signature]



Evolução Paciente

Paciente: Jonas Casaes Brandao
 Data Nascto: 27/12/1978 37 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 86862262
 Leito: 706 2

Atendimento: 1.189.365
 Prontuário: 179.324
 Dt. Entrada: 21/09/2016 00:30:10
 Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
21/09/2016 08:12	Enfermeiro	Evolução		Luiza Jamila Silva da Costa	COREN 380847

Paciente: Jonas Casaes Brandao

Enfermeiro(a): Luiza Jamila Silva da Costa Enfermeiro(a)

Evolução manhã

Diagnóstico Pré-op. de tornozelo esquerdo.
 Especialidade: Cirúrgico.

Paciente com bom estado geral. Consciente e orientado em tempo e espaço. Eupnéico em ar ambiente. Normotenso e normocárdico. CVP pèrvio. Em uso de terapia medicamentosa. Aceita dieta VO, em dieta zero a partir de 22hs. abdome flácido. Diurese espontânea. Evacuação ausente no período. Perfusão periférica eficaz. Aguarda procedimento cirúrgico. Oriento a permanecer em dieta zero; retirar adornos, prótese dentária e peças íntimas; e ao ser encaminhado ao CC levar exames.

Luiza Jamila Silva da Costa
 Enfa Luiza Jamila
 COREN - CE 380847

Luiza Jamila Silva da Costa / COREN 380847

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL
I



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL FOMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE 31051500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Jonas Carlos Gomes

Laudo médico

Paciente do sexo masculino de 70 anos de idade, com queixa de dor no dorso da coluna lombar há 02 dias. CID-582.6

Foi realizado exame físico com alterações ortopédicas na região lombar e membros inferiores. A seguir:

Foram observados sinais de irritação local, edema e dor no ponto de limitação do movimento de flexão, extensão e

Dr. João de Deus Mesquita

LENTAMENTO DO HDEB/C/2019/00114

As lesões internas e
externas do membro
inferior da direita
são de natureza
traumática e
são de tipo fechado.

Prejuízos parciais
na marcha do ferido.

Dr. Flávio Sávio de Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CRM 44.771

[Assinatura]

27/12/2018

SINISTRO 3170022433 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JONAS CASAES BRANDAO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO JONAS CASAES BRANDAO
CPF/CNPJ: 80131670387

Posição em 01-04-2019 11:56:18

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/01/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25