

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PEPROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	EDIONILTON VIEIRA DE MORAIS		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	CASADO	RG n°	2003010052572
Profissão	PINTOR INDUSTRIAL	CPF n°	010.577.093-01
Endereço	RUA NATALIA ARAUJO REBOUÇAS CHAGAS, N 77		
Bairro	ANCURI	CEP	60880-000
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98794 2510 / 98514 3586		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

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

Fortaleza/CE, 20 de janeiro de 2020.

➤ 
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	EDIONILTON VIEIRA DE MORAIS		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	CASADO	RG n°	2003010052572
Profissão	PINTOR INDUSTRIAL	CPF n°	010.577.093-01
Endereço	RUA NATALIA ARAUJO REBOUÇAS CHAGAS, N 77		
Bairro	ANCURI	CEP	60880-000
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98794 2510 / 98514 3586		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 20 de janeiro de 2020

➤ 

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Edionilton Vieira de Moraes, BRASILEIRO(A),
 _____ (ESTADO CIVIL), _____ (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº _____
 _____ INSCRITO NO CPF SOB O Nº _____, RESIDENTE E
 DOMICILIADO(A) NO _____, ENDEREÇO _____, DECLARO PARA

TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, DE TODA QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUANTO TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS), VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

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

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 20, DE junho DE 2020.

➤ Edionilton Vieira de Moraes
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE
 ➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAJAÉ/CE
 Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		CE	
MINISTERIO DAS CIDADANIAS			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES			
CARTEIRA NACIONAL DE TRIBUTACAO			
NOME			
EDIONILTON VIEIRA DE MORAIS			
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF		
	2003010052572 SSP CE		
	CPF	DATA NASCIMENTO	
	010.577.093-01	29/10/1984	
FILIAÇÃO			
ERMANIO CARVALHO DE MORAIS			
TEREZINHA VIEIRA			
PAIXAO			
PESOS		ANO	CATEG
05091296804		15/06/2020	02/12/2010
OBSERVAÇÕES			
EAR:			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL			
PORTALEZA, CE			
DATA EMISSÃO			
22/05/2019			
ASSINATURA DO EMISSOR			
42108593980			
CE170805794			
CEARÁ			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014330069101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD RENAVAM 1017816481 RNTIC 0000000000 EXERCÍCIO 2018

FRANCINEIDE MEDEIROS DE MORAIS

FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ 02789614369 PLACA PMQ9120

PLACA ANT./UF *****/CE CHASSI 9C2KC1680ER472331

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CL 2P/6CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA ***** VENC. COTA UNICA **/**/** 1ª *****
FAIXA PVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

FORTALEZA LOCAL Igor Porto DATA 21/03/2019
Superintendente DETRAN CE

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

CE Nº 014330069101 BILHETE DE SEGURO DPVAT 2018

02789614369 PMQ9120

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
014330069101 19504709129

EXERCÍCIO 2018 DATA DE VIGÊNCIA 21/03/2019

01 02789614369 CPF/CNPJ PMQ9120

RENAVAM 1017816481 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2013 DATA 09/09/2019 CHASSI 9C2KC1680ER472331

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/00

PROPRIETÁRIO LOTE/DOSSIER 02789614369
MOTOR: KC16E8E472331 Nº 02789614369/0001-04

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RTDPJ
TABELIA ANGELA MARIA ARAÚJO MORAIS CORREIA - CNPJ: 08.573.000/0001-67
Rua Major Acunido, 675 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE - Tel: (85) 3464.5900
E-mail: moraiscorreia@moraiscorreia.com.br

... AUTENTICAÇÃO Nº 541029...

Autentico a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado nestas notas pela parte interessada. Dou fé
Fortaleza, 01 de outubro de 2019. Emolumento: R\$ 2,58
Em testemunho da verdade
Selo Digital de Fiscalização - SELC 3 - AUTENTICAÇÃO

() Francisco de A. M. Correia () LUIZ M. Correia Neto
() Cezar Alexandre G. Rodrigues () Arlene Lemos
() José Jucelino Alves de Mesquita Filho () Adriano Silva de Brito

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

MORAIS CORREIA
OFÍCIO 03
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
AUTENTICAÇÃO
Nº IC 092406 UPNC



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019783545



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3672 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2019 13:32:05**
Data / Hora da Ocorrência: **16/09/2019 05:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PRESIDENTE COSTA E SILVA, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDIONILTON VIEIRA DE MORAIS**
Nascimento: **29/10/1984** CPF: **010.577.093-01**
RG: **2003010052572** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TEREZINHA VIEIRA PAIXÃO**
ERMANIO CARVALHO DE MORAIS
Endereço: **RUA NATALIA ARAUJO REBOUÇA CHAGAS, 77**
Bairro: **ANCURI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98794-2510**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMQ9120 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KC1680ER472331 Renavam: 1017816481 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Ano Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: FRANCINEIDE MEDEIROS DE MORAIS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMQ-9120 NA AVENIDA PRESIDENTE COSTA E SILVA QUANDO O PNEU DA MOTO PASSOU UM BURACO NA VIA E A VITIMA PERDEU O CONTROLE VINDO A CAIR NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Bel. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Edionilton Vieira de Moraes - C.P.F. - 010.577.093-01**, no dia **16/09/2019**, às **06h**, na **Avenida Presidente Costa e Silva (perimetral)**, no **Bairro Prefeito José Walter**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P905451/2019**.

Fortaleza, 22 de Outubro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45890-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



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

15/10/2019 11:27:02

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10346646	EDIONILTON VIERA DE MORAIS	M	29/10/1984	34
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2003010052572 SSP CE	1057709301			1-CASADO
Endereço				
R NATALIA ARAUJO REBOLÇAS CHAVES,77 - ANCURI, FORTALEZA(CE) CEP 60525580				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987942510				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	DISTRIBUIDORA DE ALIMENTOS ALBUQUERQUE LTDA	
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
05439000656037025		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
16/09/2019	06:17		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1274465 VICTOR PONTES PARAHYBA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1,10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 2108
Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/02/2020 às 12:35, sob o número 02125734620208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0212573-46.2020.8.06.0001 e código 600F324.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

15/10/2019 12:23

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS

Dt. Nasc.: 29/10/1984

Atendimento: 62057127

Prontuário: 10346646

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA CRM 10600 [1]

Nº: 44226166 16/09/2019 às 06:30

ANAMNESE

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO
LUXAÇÃO DE OMBRO

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

M75 LESOES DO OMBRO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

99

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M75 LESOES DO OMBRO

[1]

CID10

M75 LESOES DO OMBRO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI/PRONTUÁRIO

LEANDRO 26082

Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

15/10/2019 11:33

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS	Dt. Nasc.: 29/10/1984	Atendimento: 62057127	Prontuário: 10346646
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/3	
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]	Nº: 44229755	16/09/2019	às 08:28

ANAMNESE

Queixa Principal

LAC GRAU 3 OU 5
SOLICITO RX DA CLAVICULA

[1]

CONFERE CI/PRONTUÁRIO
LEANDRO ZI
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 27

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

15/10/2019 12:23

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS Dt. Nasc.: 29/10/1984 Atendimento: 62057127 Prontuário: 10346646
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1] Nº: 44232502 16/09/2019 às 09:16

ANAMNESE

Queixa Principal

LAC GRAU 5
SOLICITO PRE OP E CIRURGIA ELETIVA.

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

LAC GRAU 5
SOLICITO PRE OP E CIRURGIA ELETIVA.

[1]

CONFERE CI PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**

15/10/2019 13:33

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS Dt. Nasc.: 29/10/1984 Atendimento: 62057127 Prontuário: 10346646
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1] Nº: 44236364 16/09/2019 às 10:14

ANAMNESE

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S431 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S431 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

[1]

CID10

S431 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

[1]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HMP/GR - T4300C - 19/02/2020 11:21:23 - 26.0022.0001

Data inicial: 15/09/2019 Atendimento: 62057127 Médico prescritor: Consultar PEP Histórico

Data final: 15/10/2019 Prontuário: Consultar T3488 T43A8

Carteira: ☐ Atendimentos com alta administrativa ☐ Atendimentos liberados pela auditoria
☐ Atendimentos sem pendências no prontuário ☐ Atendimentos liberados pela enfermagem

Documentos

Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	Dt Nascimento	Idade	Sexo
15/09/2019 08:17 - CONSULTA TRAUMATOLOG	62057127	10346946	29/10/1994	24A 11M 1ED	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento Nome do Idoso: TEREZINHA VIEIRA PASSAO Nome do Pai:

Tipos de documentos

- 1-1 Registros Médicos
- 1-2 Formulário de Atendimento no Emergência
- 7 Prescrição Médica
- 14 Receita Médica Especial
- 9 Receita Médica
- 10 Atestado Médico
- 11 Declarações
- 8 Pareceres Médicos
- 5 Solicitação de Parecer Médico
- 4 Admissão do Paciente
- 3 Evolução Médica
- 17 Outros documentos de interesse da Assistência

Ver histórico de digitalizações

Visualizar **Imprimir Doc. Assinado**

Data/Hora	Profissional	Situação
15/09/2019 10:15:39	DEONALDO HOLANDA CHAVES	ASSINADO
15/09/2019 09:17:31	DEONALDO HOLANDA CHAVES	ASSINADO
15/09/2019 08:29:34	DEONALDO HOLANDA CHAVES	ASSINADO
15/09/2019 06:31:41		ASSINADO

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
LEANDRO 21082
Assinatura



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

15/10/2019 11:27:13

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10346646	EDIONILTON VIERA DE MORAIS	M	29/10/1984	34
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2003010052572 SSP CE	1057709301			1-CASADO
Endereço				
R NATALIA ARAUJO REBOLÇAS CHAVES,77 - ANCURI, FORTALEZA(CE) CEP 60525580				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987942510				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
04715000525005011		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/10/2019	07:31		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal do Estado do Ceara, protocolado em 19/02/2020 às 12:35 - sob o número 02125734620208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0212573-46.2020.8.06.0001 e código 600F324.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 31

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

15/10/2019 13:06

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS Dt. Nasc.: 29/10/1984 Atendimento: 62453349 Prontuário: 10346646
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] Nº: 44955621 02/10/2019 às 07:55

ANAMNESE

Queixa Principal RETORNO COM COLEGA DE CIRURGIA DIREITA [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]

CID10 S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**

15/10/2019 13:06

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS	Dt. Nasc.: 29/10/1984	Atendimento: 62453349	Prontuário: 10346646
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]	Nº: 44959285	02/10/2019	às 09:17
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal

RETORNO DE LAC EM OMBRO DIREITO.
CD: CURATIVO / RETORNO 16/10

[1]

HOSPITAL ANTONIO FRANKLIN LIMA - HAPTON - FÁBIO - USM - 15/09/2019 11:31:23 26.0022.00097

Data Inicial: 15/09/2019 Atendimento: 62453349 Médico prescriptor: Consultar
 Data Final: 15/10/2019 Prontuário: Convênio: Consultar
 Carteira: ☐ Atendimentos com alta administrativa ☐ Atendimentos liberados pela auditoria
☐ Atendimentos com pendências no prontuário ☐ Atendimentos liberados pela conformação

PDF T3488 Histórico T43A8

Documentos

Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	Dt Nascimento	Idade	Sexo
62453349	10348910	EDUARDO VIEIRA DE MORAIS	29/10/1964	54A 11M 18D	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta Inq. por Tipo de Documento Nome da Mãe Nome do Pai
 TEREZINHA VIEIRA PAIXAO

Tipos de documentos

- 1 Registro Médico
- 2 Formulário de Atendimento na Emergência
- 7 Prescrição Médica
- 14 Receita Médica Especial
- 8 Receitas Médicas
- 10 Atestado Médico
- 11 Declarações
- 5 Pareceres Médicos
- 6 Solicitação de Parecer Médico
- 4 Admissão do Paciente
- 3 Evolução Médica
- 17 Prescrição de Medicamentos

Ver histórico de digitalizações

Visualizar **Imprimir Doc. Assinado**

Data/Hora	Profissional	Situação
02/10/2019 09:20:03	DEONILDO HOLANDA CHAVES	ASSINADO
02/10/2019 07:58:13	JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	ASSINADO

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

26/09/2019 11:34:23

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento
J346646	EDIONILTON VIERA DE MORAIS	M	29/10/1984
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2003010052572 SSP CE	1057709301		1-CASADO
Endereço			
R NATALIA ARAUJO REBOLÇAS CHAVES 77 ANCURI FORTALEZA-CE CEP:60525580			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe	
57942510		TEREZINHA VIEIRA PAIXAO	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMBI - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
26/09/2019	11:31		
Médico Atendente			Clinica
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	NORMATEL ENGENHARIA LTDA
22-HAPVIDA_MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
04715000525005011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação		
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
37835317	99996666	029905564	INTERNACAO
37835317	30717116	029905564	LUXACOES CRONICAS INVETERADAS E RECIDIVANTES - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 2
			Material - 99829324 - PARAFUSO ANCORA - QTDE: 2
37835317	30732026	029905718	ENXERTO OSSEO
37835317	30717167	029905655	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO



NOTA DE SALA

4757326

Atendimento:	62326827	Prontuário:	10346646	EDIONILTON VIERA DE MORAIS	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30717116	LUXACOES CRONICAS INVETERADAS E RECIDIVANTES	Tipo Anestesia:	PLEXO BRAQUIAL + GERAL	
	30732026	ENXERTO OSSEO	30717167	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 04	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	
Equipe Médica:	CIRURGIAO	2574640	DEGINALDO HOLANDA CHAVES	CRM	13202
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	2685251	FILIFE SANCHO DE MACEDO	CRM	15158
	ANESTESISTA	3767434	ADRIANO SOARES RODRIGUES	CRM	15738

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	35181	ATROPINA 0,25 MG 1 ML AMPL 1 ML	7
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	118895	CISATRACURIO 10MG/5ML SOL INJ AMPL AMPL 5 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	3	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	100	40479	FENTANIL 50MCG/ML INJ AMPL 10ML FRAP 10 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
27928	ARRUELA PJ MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	1	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
81868	CANETA DESCARTAVEL PJ BISTURI - 1 UD	1	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ. AMPL 20ML AMPL 20 ML	1
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1	77593	SEVOFLURANO 250ML/250ML INAL FR FRAS 250 ML	30
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	43788	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML	2
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	300	45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	6			
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1	Gases / Aparelhos		
153754	FIO AZUL PJ ANCORA - 1 UD	2	19	TAXA DE SALA	Início: 17:45 Fim: 19:00
153755	FIO BRANCO PIANCORA - 1 UD	2	4	TREPANO	Início: 17:45 Fim: 19:00
162781	FIO DE KIRSCHNER Nº 1,5 - 1 UD	2	7	CAPINOGRFO	Início: 17:45 Fim: 19:00
119133	FIO J&J MONONYLON (N20351) - ETHILON*BLACK 2- ENV 1 UD	2	20	OXIGENIO	Início: 17:45 Fim: 19:00
119067	FIO J&J POLYCOT (P197) - POLYCOT* BLUE 0 45CM ENV 1 UD	1	15	BISTURI ELETRICO	Início: 17:45 Fim: 19:00
161608	FIO Q MONONYLON (NM103X) - NYLON BLACK 2- ENV 1 UD	1	16	MONITORIZACAO	Início: 17:45 Fim: 19:00
161605	FIO Q VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VLT 2 ENV 1 UD	1	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 17:45 Fim: 19:00
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	10	25	STIMUPLEX	Início: 17:45 Fim: 19:00
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	10			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	2			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	4			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	4			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	150			
146872	PARAFUSO ANCORA IOL - 1 UD	2			
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
30970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD	1			
31151	SONDA ENDOT. DESC. 8,0 CIBALAO - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/09/2019 19:28

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS Dt. Nasc.: 29/10/1984 Atendimento: 62326827 Prontuário: 10346646
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133470/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1] Nº: 44722278 26/09/2019 às 19:25

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S431

Diagnóstico Cirúrgico S431

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 26/09/2019

Hora Da Cirurgia 19:25

Cirurgia TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC A DIREITA

Cirurgião DR DEGINALDO HOLANDA

1º Auxiliar DR FILIPE SANCHO

Anestesista DR ADRIANO

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS
3. ACESSO EM GOLPE DE SABRE + DISSECCAO POR PLANOS
4. ISOLAMENTO DO LIGAMENTO CORACOACROMIAL E DO CORACOIDE
5. CONFECCÃO DE TUNEIS OSSEOS NO CORACOIDE E COLOCAÇÃO DE 2 ANCORAS 4.0MM
6. PASSAGEM DE FIOS DE ETHIBOND SUBCORACÓIDE
7. CONFECCÃO DE 3 TUNEIS OSSEOS NA CLAVICULA
8. RESSECÇÃO LATERAL DA CLAVICULA
9. PASSAGEM DE FIOS PELOS TUNEIS OSSEOS
10. TRANSFERENCIA MUSCULAR DO CORACOACROMIAL
11. REDUÇÃO DA AC + PASSAGEM DE 2 FIOS DE K 2.0MM
12. REALIZADA AMARRILHA DOS FIOS PELOS TUNEIS DA CLAVICULA E DE ANTERIOR PARA POSTERIOR
13. COLOCADO ENXERTO OSSEO RETIRADO DA CLAVICULA DISTAL NO FOCO.
14. FECHAMENTO DA FASCIA DELTOIDOTRAPEZOIDAL
15. FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO

Códigos Dos Procedimentos 30717167 - TRANSFERENCIA MUSCULAR
30717116 - LUXACAO AC
30732026 - ENXERTO

Dr. Filipe Sanchi
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CREMEC 15.158 - TEOT 15.240

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 / ROE 8122

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 38

Pagina 1 de 2

26/09/2019 20:26

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS

Dt. Nasc.: 29/10/1984

Atendimento: 62326827

Prontuário: 10346646

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133470/1

Profissional(is): FRANCISCA ANDREA VERCOSA MOREIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 855977 Nº: 44719315 26/09/2019 às 18:05
[1] FRANCISCA ANDREA VERCOSA MOREIRA COREN 855977 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	26/09/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	17h50	[1]
Cirurgia	fratura de ombro	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	sim.	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	não.	[2]
Via Aérea Difícil	sim.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	não.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	sim.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	direita.	[2]
Paciente Certo	sim.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[2]
Procedimento	sim.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[2]
Checação Completa Dos Equipamentos	sim.	[2]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[2]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	não.	[2]
	sim.	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 39

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/09/2019 20:34

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS

Dt. Nasc.: 29/10/1984

Atendimento: 62326827

Prontuário: 10346646

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133470/1

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTOTodos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

sim.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

sim.

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

não se aplica.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

sim.

[2]

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E
O Manejo Do Paciente

sim.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

sim.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

cadeira de praia

[2]

Paciente: EDIONILTON VIEIRA DE MORAIS		Dt. Nasc. 29/10/1984		Nº Prescrição: 23932760		26/09/2019		às 19:24		Atendimento: 62326827		Prontuário: 10346646	
Convênio: HAPVIDA - MATRIZ												Peso: 80.00 kg	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR				Leito: 1334701		33h		ORAL				CRM-15158	
1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE													
2. Hidratação Venosa		Fase Única		Vol. Total		500 ml		7.00 gts/min		Acesso Periférico		CRM-15158	
SORO FISIOLÓGICO 0.9%		20.83 ml/catdia		500 ml								CRM-15158	
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g ID13)		Água Destilada		1g		1 FRAP (FRAP CI 1GR)		8/8h		EV		CRM-15158	
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)		Soro Fisiológico 0.9%		100mg		1 FRAP (FRAP CI 100MG)		8/8h		EV		CRM-15158	
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)		Água Destilada		1000mg		2 ML (AMPL CI 500MG)		6/6h		EV		CRM-15158	
6. IRAMADOL (50.00mg/ml)		Soro Fisiológico 0.9%		100mg		2 ML (AMPL CI 100MG)		8/8h		EV		CRM-15158	
7. PLAMEI (5.00mg/ml)		Água Destilada		10mg		2 ML (AMPL CI 10MG)		8/8h		EV		CRM-15158	
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO												CRM-15158	
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA												CRM-15158	
10. PUNCAO CI JELCO												CRM-15158	

Italo Figueira
Médico - CRM 15158
Clínico de Família

RP1541

MARIA MONICA GIRA0 BRITO

IP: 192.85.4.101

26/09/2019 20:36

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS	DL. Nasc.: 29/10/1984	Atendimento: 0
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23933541	26/07/2015
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133470/1	Enfermeiro(a):
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO		
Profissionais:		

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMIENTO

DOR

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Muito Bom
Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Muito Bom
HIGIENE ORAL E CORPORAL	Muito Bom

~~Monica Gireo~~
~~Enrollment~~
~~Copyright © 2010~~



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

19/02/2020 08:41 PM
gmsj_02

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS	Dt. Nasc.: 29/10/1984	At: 2	10346646
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23933536	0/20: 0	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133470/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA MONICA GIRA0 BRITO (COREN 407169)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Atento		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Atento		
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Atento		
PADRAO RESPIRATORIO	Atento		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Atento		
Pressão Arterial	Atento		
Sinais Vitais- Temperatura	Atento		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Mônica Gira0
Enfermeira
COREN 407169

Pagina 1 de

26/09/2019 20:5

File Number: 10346646

to: 13 /1

20:41

Evolução de enfermagem

Evolução de enfermagem

O A
 R E R
 S L
 TAD
 IS F
 R

[7]

PA: 110 X 80
SAT: 100%
FC: 78 BPM
FR: 18 RPM

****PULSEIRA EM MSD****

SPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Monica Girag
Entomologist
Phone: 437-1139

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/09/2019 19:24

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS Dt. Nasc.: 29/10/1984 Atendimento: 62326827 Prontuário: 10346646
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133470/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1] Nº: 44722267 26/09/2019 às 19:24

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC A
DIREITA, PROCEDIMENTO TRANSCORRIDO SEM
INTERCORRENCIAS. CD: A SR

[1]

CID 10

S431 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

[1]

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 / RQE 8123

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/09/2019 18:23

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS

Dt. Nasc.: 29/10/1984

Atendimento: 62326827

Prontuário: 10346646

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133470/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 44722237 26/09/2019 às 19:22

IDENTIFICAÇÃO

Nome	EDIONILTON VIERA DE MORAIS
Sexo	Masculino.
Idade	34 A 10 M
Data De Nascimento	29/10/1984
Nº Atendimento	62326827

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário S431 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias 2 Dias

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 / RQE 8123

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

fls. 47

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/09/2019 19:23

Paciente:	EDIONILTON VIERA DE MORAIS	Dt. Nasc.:	29/10/1984	Atendimento:	62326827	Prontuário:	10346646
Convênio:	HAPVIDA_MATRIZ	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133470/1		
Profissional(is):	DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]			Nº:	44722237	26/09/2019	às 19:22
IDENTIFICAÇÃO							
Nome	EDIONILTON VIERA DE MORAIS						
Sexo	Masculino.						
Idade	34 A 10 M						
Data De Nascimento	29/10/1984						
Nº Atendimento	62326827						
DADOS DO PACIENTE							
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO							
CID10 Primário	S431 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR						
COMORBIDADES							
GRAU DE INDEPENDÊNCIA							
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS							
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS							
Principal	TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC						
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES							
ALTA HOSPITALAR							
Total De Dias	2 Dias						

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/09/2019 11:24

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS	Dt. Nasc.: 29/10/1984	Atendimento: 62326827	Prontuário: 10346646
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2000/2	
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]	Nº: 44747825	27/09/2019	às 11:23

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1º DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC. EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS. FO LIMPA. CD: ALTA HOSPITALAR

CID 10

S431 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 / RQE 8123



(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nascimento:

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Arterial VTE + ou a seguinte alternativa anestésica _____

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

26 de 09 de 20 19

Hora: 11:26

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: Edisonilton Viana

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Dr. Adriano Soares Rodrigues
Anestesiológista
CREMEC 2020
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
		82/4	80			Sólidos Líquidos	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/ PROCEDIMENTO	DIAGNOSTICO
------------------------	-------------

Cardio-circulatório ☐ Negativo Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Valvulopatia ☐ Angina ☐ Arritmia ☐ Coronariopatia ☐ Angioplastia ☐ Infarto do miocárdio ☐ DVP ☐ Insuf. Cardíaca ☐ AAA ☐ Outras		Câncer ☐ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Outras		Exame Físico Cardíaco Resp. Neuro ☒ Regional Outro							
Respiratório ☐ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Asma ☐ Apnéia do sono ☐ Tuberculose ☐ IVAS recente ☐ DPOC ☐ Expectoração ☐ Outras		Infeccioso ☐ Negativo ☐ HIV ☐ Outras		Laboratório <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Na</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </table>		Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose
Hb	Ht	Na									
K	Plaquetas	Glicose									
Gastrointestinal/hepático ☐ Negativo ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Gastrite ☐ Úlcera péptica ☐ Hepatite ☐ Vômito/ diarreia ☐ Ictericia ☐ Hérnia de hiato ☐ Cirrose ☐ Obst. Intestinal ☐ Outras		Gravidez ☐ Negativo Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano ☐ Negativo Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo: Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas (Idade gest. - Idade atual)		Medicação (Verificar se tomou no dia de cirurgia) 							
Neurológico ☐ Negativo ☐ Convulsões ☐ AVC ☐ Dormência/ fraqueza ☐ Cefaléia ☐ Lesão medular ☐ PIC ☐ Outras		Hábitos Sociais ☐ Negativo ☐ Tabaco Cigarros/dia ☐ Alcool ☐ Drogas ☐ Outras		Via aérea História de via aérea difícil ☐ Sim ☐ Não							
Renal ☐ Negativo ☐ Doença renal crônica ☐ Diálise ☐ Insuficiência renal ☐ Outras		Alergias ☐ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr> <td>UAS</td> <td></td> </tr> </table>		Tipo/Agente	Reação	UAS		Mallampati ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Distância esterno/mento _____ cm Dentição/Prognatismo			
Tipo/Agente	Reação										
UAS											
Hematológico ☐ Negativo ☐ Transfusão prévia ☐ Coagulopatia ☐ Plaquetopatia ☐ Anemia ☐ Outras		Cirurgia/anestesia prévia ☐ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes				Outros 	
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes									
Músculo esquelético ☐ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Artrite ☐ Musculodistrofia ☐ Outras		Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☐ Sim ☐ Não		Hemorragias ☐ Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob							
Endócrino ☐ Negativo ☐ Diabetes tipo ☐ Patologia da tireóide ☐ Outras		Histórico familiar - problemas com anestesia ☐ Sim ☐ Não		Avaliação ASA ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI Emergência: ☐ Sim ☐ Não							

Comentários sobre os achados:	DATA	HORA
ASA	26/05/2020	15:15
Assinatura do Anestesiologista	ASSINATURA	
	Dr. Adriano Soares Rodrigues	
CRM	CREMEC 20331	

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Edionilton Vieira de Oliveira
Data de nascimento	24.10.1984
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Fernando de Oliveira - Esposo
Procedimento a ser realizado	Exatão ceto

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Des das 23:00
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses	X		ENTREGUE AO ACOMPANHANTE
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		USE

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

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

4. SSVV:

PA	110 x 60
T	36 °C
FC	90 Bpm
FR	17

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Nome do Paciente:	Edsonilton Vieira de Oliveira	
Data de Nascimento:	29.10.1984	Data de Internação: 26.09.19

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

Eu, Edsonilton Vieira de Oliveira, inscrito no CPF sob o N° 060.577.093-06 paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) Reginaldo Holanda quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

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

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

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

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Edsonilton Vieira de Oliveira RG: 2003010052572

Data de Nascimento: 29/10/84 Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, 26 de Setembro de 20 19.

Edsonilton Vieira de Oliveira

Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

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

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

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura/ Dr. Reginaldo Holanda
Cirurgião de Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 / RQE 8123

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

 Data: ____/____/____ Hora: ____ Unidade de origem: _____ Unidade de destino: _____
 Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S

Motivo da transferência: _____

Diagnóstico(s): _____

Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC: _____ bpm: _____ FR: _____ rpm: _____ T: _____ °C

SpO2 _____ % Escore de dor _____

Medicamentos em uso _____

Riscos gerenciados () Não se aplica () Flebite () TEV () LPP () Queda () Outros: _____

Protocolos gerenciados () Não se aplica () Sepsis () Dor torácica () Outros: _____

Suporte de oxigênio () Não () Sim () Cateter l/min () Nebulização l/min () Ventilação mecânica

Acessos vasculares () Não () Sim () CVC () CVP () PICC () Port a cath () Outros _____

Sondas, drenos, ostomias () Não () Sim Qual?: _____

Outros dispositivos () Não () Sim Qual?: _____

Lesão de pele () Não () Sim Local: _____ Estágio: _____

Curativos () Não () Sim Qual produto?: _____

Precaução () Não () Sim () Contato () Aerossóis () Gotículas _____

Monitorização () Não () Sim Qual?: _____

Nível de consciência () Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso _____

Locomoção () Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado _____

Transporte utilizado () Cadeira de rodas () Maca () Incubadora de transporte _____

BREVE HISTÓRICO

B

Antecedentes () Não () Sim () HAS () DM () AVC () DPOC () Outros _____

Alergias () Não () Sim Qual?: _____

Procedimentos realizados () Não () Sim Qual?: _____ Data: ____/____/____

Valores, crenças, barreiras () Não () Sim Qual?: _____

AValiação

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências

() Não () Sim Qual(is)? _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame: () Não () Sim

Paciente apresentou intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual: _____

Conduta imediata: () Não () Sim Qual: _____

Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? () Não () Sim

Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC: _____ bpm: _____ FR: _____ rpm: _____ T: _____ °C

Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

2: 2000-2 OK



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 26 / 09 / 19
Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME COMPLETO: Belo Milton Pereira da Silva
CIRURGIA REALIZADA: limpeza

DATA NASC: 29 / 10 / 36 IDADE: _____ PESO: _____ SEXO: () M () F
CIRURGIAO: Dr. HORA DA ENTRADA NA RPA: _____

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (irpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dl)	SPO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
20:00	99/58	70	18	34,9	-	95	-	limpe
20:15	110/38	69	18	35,0	-	96	-	limpe
20:30	109/80	70	19	35,3	-	95	-	limpe
20:45	128/85	69	18	36,0	-	98	-	limpe
21:00	108/95	78	19	36,0	-	98	-	limpe
21:30	119/69	70	19	36,0	-	97	-	limpe
22:00	128/70	70	18	36,0	-	98	-	limpe

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Atividade	Movimenta os quatro membros	2
Muscular	Movimenta dois membros	1
	incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0

HORA	ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK	
	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE
	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO

Item anestesia

em sala de cirurgia

2

Saturação de O ₂	E capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

Marcelo Milani Gutierrez
CRM/CE 20325

ENFERMEIRO(a) GILSON

ENFERMEIRO(a) GILSON
CRM/CE 697.169

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 55

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/09/2019 14:41

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS Dt. Nasc.: 29/10/1984 Atendimento: 62326827 Prontuário: 10346646
 Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133470/1

Profissional(is): FRANCISCA ANDREA VERCOSA MOREIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 655977 Nº: 44719315 26/09/2019 às 18:05
 [1]
 FRANCISCA ANDREA VERCOSA MOREIRA COREN 655977 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	26/09/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	17h50	[2]
Cirurgia	fratura de ombro	[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	sim.	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	não.	[2]
Via Aérea Difícil	sim.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	não.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	sim.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	direita.	[2]
Paciente Certo	sim.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[2]
Procedimento	sim.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[2]
Cheragem Completa Dos Equipamentos	sim.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[2]
Cheragem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	não.	[2]
	sim.	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/09/2019 16:21

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS

Dt. Nasc.: 29/10/1984

Atendimento: 62326827

Prontuário: 10346646

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133470/1

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

sim.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

sim.

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

não se aplica.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

sim.

[2]

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E
O Manejo Do Paciente

sim.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

sim.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

[2]

Especificar

cadeira de praia

[2]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 57

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/09/2019 20:30

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS Dt. Nasc.: 29/10/1984 Atendimento: 62326827 Prontuário: 10346646
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133470/1

Profissional(is): FRANCISCA ANDREA VERCOSA MOREIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 655977 Nº: 44720056 26/09/2019 às 18:21
[1]
FRANCISCA ANDREA VERCOSA MOREIRA COREN 655977 [2]
MARIA JOSIVANDA NASCIMENTO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1054475 [3]

PACIENTE

Data De Admissão 26/09/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Eletiva. [1]

Data Da Cirurgia 26/09/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto fratura de ombro [1]

Pulseira De Identificação mse. [1]

Comorbidades nega [1]

Nome, dosagem, frequência nega [1]

Alergia- Descrição nega [1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento Breno Osorio [1]

Hora 13h40 [1]

Sala eletiva [1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia Integra [1]

Início Da Anestesia 17h15 [1]

Término Da Anestesia 19:50 [3]

Início Da Cirurgia 17h50 [1]

Término Da Cirurgia 19:45 [3]

Instrumentador Anita [1]

Circulante Andrea [1]

Posição do paciente durante o ato operatório Outros. [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado direita [1]

Numero Inicial De Compressas 10 UD [1]

Quantidade De Compressas Acrescentadas 1 10 UD [1]

Medicações/hora kefazol 2g as 17h30 [1]

Clorexedine Alcoólico s [1]

Clorexedine Degermante s [1]

Álcool s [1]

Tipo Elétrico. [1]

Número De Série 02228 [1]

Material ancora [1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/09/2019 20:30

Paciente: EDIONILTON VIERA DE MORAIS Dt. Nasc.: 29/10/1984 Atendimento: 62326827 Prontuário: 10346646
 Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133470/1

Fornecedor	ortogeneses	[1]
Data Da Esterilização	20/09/0019	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	normocorada e com sutura no ombro	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	srpa.	[1]

SINAIS VITAIS

Pulso	80 bpm	[1]
PA	136/51	[1]
PAM	79	[1]
FC	60 bpm	[1]
FR	12 mrpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2	98 %	[1]
--------	------	-----

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	26/09/2019	[1]
Hora	18h44	[2]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	E.V.M, SEXO MASCULINO, 34A. FOI ADMITIDO AO CC PRA TTO CIRURGICO (FRATURA DE OMBRO) COM DR. DEGINALDO, ANESTESIA GERAL COM DR. ADRIANO. PCTE NEGA ALERGIA, COMORBIDADES, PULSEIRA ESTAR NO MSE, ACESSO VENOSO PERIFERICO NO MSE, O MESMO SEGUE AO LEITO DA SRPA COM CURATIVO SIMPLES AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
Intercorrências	sem	[2]
Eletrodos	torax	[2]
Incisão Cirúrgica	ombro direito	[2]
Placa De Bisturi	mie	[2]
Punções Venosas	mse	[2]
Coxim	pernas	[2]

PÓS-OPERATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709257

Vítima: EDIONILTON VIEIRA DE MORAIS

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIONILTON VIEIRA DE MORAIS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: EDIONILTON VIEIRA DE MORAIS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001469

Conta: 0000078066-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

