RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Outros

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425356/19

Vítima: ANTONIO ROSA DA SILVA

Data do acidente: 08/08/2019

CPF: 717.301.173-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO ROSA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO ROSA DA SILVA : 717.301.173-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

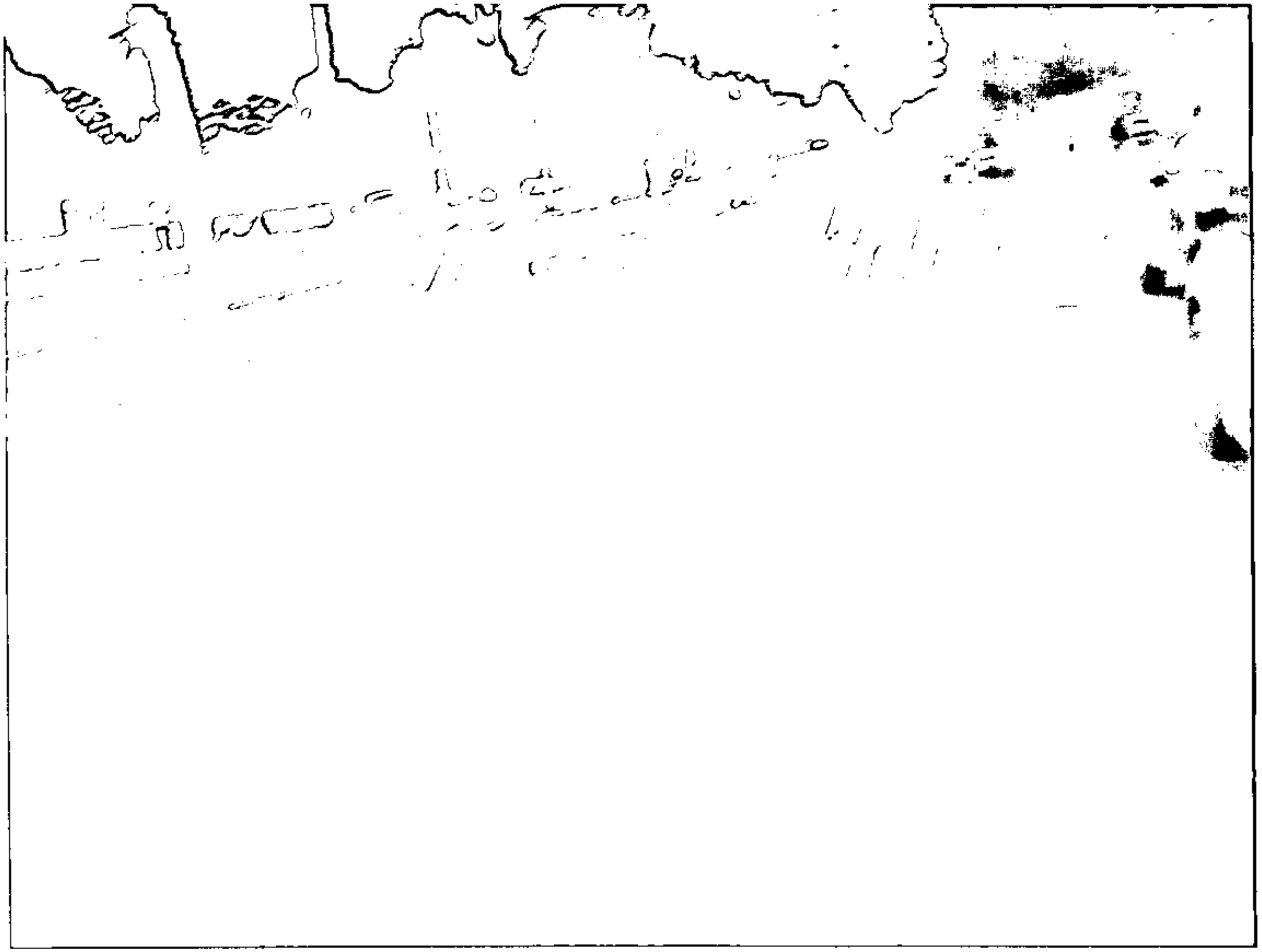
Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: ANTONIO ROSA DA SILVA
CPF: 717.301.173-68

ANTONIO ROSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669074 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ROSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMÁTICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 52) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669074 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ROSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMÁTICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 52) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425356/19

Vítima: ANTONIO ROSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/08/2019

CPF: 717.301.173-68 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ANTONIO ROSA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO ROSA DA SILVA : 717.301.173-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 29/11/2019	Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: ANTONIO ROSA DA SILVA	Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 717.301.173-68	CPF: 126.261.667-07
ANTONIO ROSA DA SILVA	Elen Tais Alves Pereira

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669074 **Vítima: ANTONIO ROSA DA SILVA**

Data do Acidente: 08/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ROSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01389/01390 - carta_01 - INVALIDEZ
00030695
Carta nº 15185905

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669074 **Vítima: ANTONIO ROSA DA SILVA**

Data do Acidente: 08/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ROSA DA SILVA

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$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R$ 1.350,00

Recebedor: **ANTONIO ROSA DA SILVA**
Valor: **R$ 1.350,00**
Banco: **104**
Agência: **000003535**
Conta: **000000025678-0**
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

Pag. 00985/00986 - carta_15R - INVALIDEZ
00030493

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO

Autorização de pagamento

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	717.301.173-68	ANTONIO ROSA DA SILVA

DADOS CADASTRAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ANTONIO ROSA DA SILVA
6 - CPF: 717.301.173-68
7 - Profissão: MOTORISTA
8 - Endereço: Rua Manoel Feliciano de Sousa
9 - Número: 259
10 - Complemento:
11 - Bairro: Zumbi
12 - Cidade: HORIZONTE
13 - Estado: CE
14 - CEP: 62882-090
15 - E-mail: camem10souza@gmail.com
16 - Tel.(DDD): (85) 99105-1346

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3535 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00025678 0 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, HORIZONTE/CE 1/NOV/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):
Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de (2) duas testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte e para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

CAIXA
POUPANÇA
6277 8017 5447 2508
10/24
ANTONIO ROSA DA SILVA
3535 013 00025678-0
elo

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE
Impresso nº 2019837442

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 5176 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2019 09:16:50**
Data / Hora da Ocorrência: **08/08/2019 00:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CASTELO BRANCO ROTATÓRIA, CENTRO - HORIZONTE/CE**
Ponto de Referência: **PREFEITURA MUNICIPAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO ROSA DA SILVA**
Nascimento: **30/08/1977** CPF: **717.301.173-68**
RG: **95015021625** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE FATIMA SILVA**
RAIMUNDO ROSA DA SILVA
Endereço: **RUA MANOEL FELICIANO DE SOUZA, 259**
Bairro: **ZUMBI**
Município: **HORIZONTE/CE** CEP: **62.880-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8517-4669**

Histórico

Afirma o declarante que no dia, hora e local supra, vinha pilotando sua motocicleta de marca Honda/NXR 160 Bros ESDD, cor azul, ano 2019/2019, placa PNI-9142, de sua propriedade, quando perdeu o controle desta ao chocar-se contra a rotatória da avenida, vindo a cair ao chão, instante me que uma pedra do calçamento da via que estava solta, chocou-se contra sua face, vindo a fraturar vários ossos da face e perder a visão de seu olho esquerdo; QUE foi socorrido à UPA local de onde foi recambiado para o IJF, de onde foi recambiado para o Hospital Universitário Walter Cantídio, onde foi submetido a uma intervenção cirúrgica. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: ALESSANDRO BASTO DAMASCENO - MAT.: 185608-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A): LEILIANE FREITAS ALMEIDA WENZEL - MAT.: 133840-1-0

CARTÓRIO PIO RAMOS 2º OFICIO HORIZONTE-CE
Rua Mª Conceição Lima, 91 Centro - Horizonte/CE (85) 3336-2728
A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas públicas. O reconhecido é verdade. Dou Fé. Em test. da verdade.
19 NOV 2019
Bela Aparecida Ilka Freitas Rodrigues - Responsável
Aparecida Ilze Freitas - Substituta
Lucinaldo Queiroz de Lima

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaracao de Inexistencia de IML

O PEDIDO DO SEGURO DPVAT ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RESUMO DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO:562.9880

NOME:ANTONIO ROSA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO:30/08/1977

PAI:RAIMUNDO ROSA DA SILVA

MÃE:MARIA DE FÁTIMA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO:08/08/2019

DATA SAÍDA:13/08/2019

MOTIVO:PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 08/08/2019, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, SEM CAPACETE E ALCOOLIZADO, APRESETANDO TRAUMA DE FACE, TRAUMA OCULAR ESQUERDO, FRATURA DE CRÂNIO (TCE).
EVOLUIU COM GLASGOW 15. FOI AVALIADO PELA CIRÚRGIA BUCOMAXILOFACIAL E OFTALMOLOGIA.
EM 13/08/2019, RECEBEU ALTA HOSPITALAR; TENDO SIDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO PARA SUBMETER-SE À ULTRASSONOGRAFIA OCULAR
RESUMO DO PRONTUÁRIO DIGITADO EM 25/10/2019 (JOAQUIM/V).

Joaquim
Cirurgião Dentista
CREMEC 4201 1288

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ROSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03535

CONTA: 000000025678-0

Nr. da Autenticação CAC75A02C1C6D893

Comprovante de residencia

Cagece

Nº de Inscrição: 075244330

DO CLIENTE

ANTONIO ROSA DA SILVA

Rua: RUA MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259, CENTRO — CEP: 62860-000

Cidade: HORIZONTE

End. Entrega: — CEP:

Cidade:

Local: 338 Setor: 001 Subsetor: 00 Quadra: 0148 Subquadra: 00 Lote: 0026 Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A02S407147	1284	1297	13	11

DATAS

Leitura Atual: 06/11/2019 | Emissão: 06/11/2019 | Leite Água: 1111111
Leitura Anterior: 04/10/2019 | Próxima Leitura: 05/12/2019 | Leite Esgoto: 1111111

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	054	054	010	054	054
Analisadas	053	053	010	053	053
Em conformidade	053	053	010	053	053

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15) - 11 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)
AGUA	42,76
ESGOTO	28,30
CREDITO-PAG./LANCAMENTO	-52,15
MULTA DE 2%	1,02
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,25
TARIFA DE CONTINGENCIA	17,34

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
nov/18	13	10
dez/18	10	8
jan/19	10	8
fev/19	9	7
mar/19	11	8
abr/19	8	6
mai/19	11	8
jun/19	11	8
jul/19	10	8
ago/19	12	9
set/19	10	8
out/19	12	9

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)
PIS	0,36
COFINS	1,78

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R$)
VALOR DO SERVIÇO	60,99
VALOR DO SUBSIDIO	23,47
VALOR TOTAL A PAGAR	37,52

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
11/2019	02/12/2019	37,52

I:35567305225784 2 L:7526 M:12:22:16 R:030 P:001

PAGUE PAGUE SUA FATURA

Bancos: [illegible] Outros Pontos de Arrecadação

Cagece 0800 275 0195

Cagece Mobile

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 2838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

ouvidoria@arce.gov.br
Ouvidoria Reguladora 0800 275 2838

155 Ouvidoria estadual

Cagece

Fatura Mensal
Via do agente arrecadador

35567305225784 2 7526

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 075244330 | Código de Responsável: | Mês/Ano: 11/2019

Local: 338 | Setor: 001 | Subsetor: 00 | Quadra: 0148 | Subquadra: 00 | Lote: 0026 | Comp: 0000

Cidade: HORIZONTE | Vencimento: 02/12/2019 | Total (R$): 37,52

82630000000 5 37520009500 4 07524433001 7 00074022015 7

PREFEITURA DE HORIZONTE
Secretaria de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

SUS
Sistema Único de Saúde

Unidade de Origem: UPA 15380006698

Distrito Sanitário:

Documentacao medica – hospitalar

Nome do Paciente: Antonio Rosa da Silva

Sexo M [X] F [ ] Data de Nascimento: 30 / 8 / 77 Ocupação:

Endereço: Bairro:

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 41a, alcoolizado, vítima de ocorrência de transito / queda de moto sem capacete, apresenta lesão corto-contusa em região periorbitária a esquerda, anisocoria a esquerda, dor ocular a esquerda e escoriações em tórax. Avaliação radiológica inicial sem fraturas. Ao exame: ECG Regular, a.a.a, eupnéico, hidratado e normocorado. PA = 130×90 mm Hg, FC 85 bpm e Sat O2 = 98% em a.a.

Resultado de Exames:

Conduta já Realizada: Profenid + Decadron + Tonamin + RLD.

Impressão Diagnóstica: Trauma de face + TCE.

Dr. Paulo Pedro Pinheiro Bastos
Médico
CRM-CE 14.508

Assinatura do Encaminhamento · Nº Registro | Médico (Função) | 8 / 8 / 19 (Data) | 3:00 (Hora)

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial [ ] Hospitalar [X] Auxílio Diagnóstico [ ]

Procedimento: Avaliação + Conduta Profissional: Buco-maxilo + neuro

Unidade de Referência: SJ3 - Centro Data: 8 / 8 / 19 Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome do Paciente:

Unidade de Referência:

Município: Prontuário Nº: Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal:

Secundário 1: CID:

Secundário 2: CID:

Conduta Realizada:

Proposta da Conduta para Segmento:

O problema justificou a referência? SIM [ ] NÃO [ ]

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM [ ] NÃO [ ]

Assinatura do Consultante · Nº Registro | Função | / / Data

23/09/19

Gráfica Central - Fone: (85) 3267 7878

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Prefeitura de Fortaleza

SAÚDE HOSPITALAR SUS

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 08/08/2019 4:31:35

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 08/08/2019 04:26:34

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 704208253573583	NOME: ANTONIO ROSA DA SILVA			Registro: 5629880	
CPF: 71730117368	RG: 281033194	D. NASC: 30/08/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA SILVA			NOME DO PAI: RAIMUNDO ROSA DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: MANOEL FELICIANO DE SOUSA			Nº: 258	BAIRRO: ZUMBI
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992119835	MUNICIPIO: HORIZONTE		UF: CE	CEP: 62884060

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:

NOME: maria	PARENTESCO: esposa	TELEFONE: 992119835

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CODIGO DO CNAER:

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta

QUEIXAS: POLITRAUMA HÁ HORAS,ECG12

OBSERVAÇÕES: SEM USO DE CAPACETE ,HALITO ALCOOLICO

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: queda de moto com TCE e laceração em região periorbitária E. Foi encontrado caído. Hálito ingerido bebida alcoólica

Exame Físico:

Conduta: Solicito TC de crânio

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 08/08/19	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Leilaria M. Macedo
Neurologia e Neurocirurgia
CRM 10781 RQE 6569

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA Fortaleza
FC. _____ Sa: 09
T(°C) _____ GLICEMIA _____
GLASCOW O 12 M _____

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Instituto Dr. José Frota

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: BMF **Data:** 07/08/19 **às** 09:50 h

Vide evolução

Dr. Luiza Cierliani
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Residente IJF

CONDUTA: Encaminhar à Buco após DVB das demais especialidades: NCR + Cirurgia Geral

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Neuro e Oftalmo **Data:** 12/08/19 **às** ___ h

Pcr com história de trauma ocular contuso há 5 dias. Ao exame: OE com hifema total, equimose, hemorragia subconjuntival, SPL à esquerda;
Conduta: encaminhado ao HUWC p/ ultrassonografia ocular.

Dr. Ricardo Marques
Chefe de Equipe - IJF
CRM 5635

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Pequena cirurgia **Data:** 08/08/19 **às** 08:19

Pc + vítima de ac. de moto c/ trauma de face, sangramento, escoriações tórax. Abdome flácido indolor. Solicito Rx tórax, US abdome para BMF e neuro c.

Dr. Fernando Holanda
CRM 6927
Proctologista

US FAST – a 07/08

Rx tórax – 07/08

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Cir. Geral **Data:** ___ **às** ___ h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO
1) SF 0,9% 500ml + glicose 30mp + complexo B 5 amp EV agora	
2) Dipirona 2gr: 18cc SF 0,9% EV 6/6h	

Cleriston Férrer Carvalho
Cardiologia / Ecocardiografia
CRM 9516

Dra. Luiza Cierliani
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Residente IJF - CRO/CE 9674

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Sinais Vitais/MT (h)	SN(h)
	P.A:	
	T:	
	FC:	
	FR:	

DESTINO – TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência _____ ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evasão
☐ Óbito

Data: ___/___/___ **às** ___:___ h **Ass./Carimbo Médico:**

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não **Data:** ___/___/___ **às** ___:___ h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) **Ass./Carimbo Médico:**

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
HORIZONTE - CEARÁ

1900773433 AMARELO 08/08/2019 02:01:00 FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MEDICA NOTURNO

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ANTONIO ROSA DA SILVA	30/08/1977	41 A 11 M 9 D	704206253573583		00032452

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDAD	95015021625	SSP CE	28/08/2009	M	CASADO(A)	PARDA	PACAJUS - CE

Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA
Pai: RAIMUNDO ROSA DA SILVA
Contatos: (85) 99105-1346
Endereço: RUA - MANOEL FELICIANO DE SOUSA - 259 - ZUMBI - HORIZONTE - CE
Ocupação: NÃO INFORMADA
Plano de saúde: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Número da carteira:
Data validade:
Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO
Anamnese de Enfermagem:
Temperatura: N/I
Peso: N/I
Pressão Arterial: N/I
Registrado por: VALDENIA
Impresso por: RENNAN ARAUJO
Profissional da chamada: DANI

Atendimento

Anamnese Médica

Paciente com quadro de acidente de moto (EM [illegible] MOTOCICLETA [illegible]

Exame Físico

LIMPEZA DE FERIDAS)

Hipótese Diagnóstica

Exames Complementares

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO** **PROFISSIONAL**

Conduta

(___) Alta por Decisão Médica (___) Alta a Pedido (___) Alta a Revelia (___)Transferência para:_____ (___) Observação (Até 24h) (___) Internação Data e Hora da Saída/Alta:___/___/____

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento? (___)Sim (___)Não Destino: (___)Família (___)IML Anatomia Patológica ___/___/_____.

Assinatura do Paciente ou Responsavel **Assinatura do Médico**

Dr. Rennan Teixeira
CREMEC 17900

CONFERE COM O ORIGINAL
23/09/19
FUNCIONÁRIO(A)
Joanna Cadete
Assistente Social
CRESS: [illegible]

Azoalizado,
Acidente de Trânsito
Trauma Abdo / Tórax

Dr. Rennan Teixeira
CREMEC 17900

1. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9%, EV, agora 02:50
2. Dexametasona 4 mg/ml - 2,5 ml + 100 ml SF 0,9%, EV, agora
3. RL 1000 ml, EV, rápido. 02:54 (~~500~~) (500).
4. Conferência p/ S.J.S.

Dr. Paulo Bastos
Medico
CREMEC 11.508

Arlene Queiroz de Oliveira
COREN-CE 570.491-TE

5. Tramadol 1 ampola + 100 ml SF 0,9%, EV, agora 03:00.

CONFERE COM O ORIGINAL
23 / 09 / 19
ENFERMAGEM

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA DE HORIZONTE

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: ANTONIO ROSA DA SILVA

DATA: 08.08.2019 **HORÁRIO:** 03:00 **LEITO :** _____**MT (** **)** **SN (** X **)**

PACIENTE A. R. S., 41 ANOS, SEXO MASCULINO, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PELO EIXO 1, TRAZIDO POR POPULARES, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, SEM CAPACETE, APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA EM REGIÃO PERIORBITÁRIA À ESQUERDA, RINORRAGIA À ESQUERDA, DOR OCULAR À ESQUERDA E ESCORIAÇÕES EM TORAX. AVALIAÇÃO MÉDICA EM EXAME RADIOLOGICO DESCARTOU FRATURAS INICIAL. AOS SSVV: PA=130X90MMHG, FC= 85 BPM, SPO2= 98% EM AR AMBIENTE. REALIZADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. SEGUE AGUARDANDO VAGA EM CRL SOB LAUDO: 15380006698 E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

04:10 – PCT TRANSFERIDO EM VAGA ZERO PARA IJF ACOMPANHADO DA TECNICA IOSETE.

Tayara Gomes dos Santos
COREN-CE 000.583.997-ENF

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

CONFERE COM O ORIGINAL
23/09/19
FUNCIONÁRIA

Nº IMPAR

Nº PAR

594,350

PRONTUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UFC

OME DO PACIENTE

ata de Nascimento: Idade Sexo Cor Estado Civil Profissão

esidência:

rofissão:

m caso de emergência avise a:

esidência: Data do 1º Atendimento

Responsável (menor)

DATA	CID	OBSERVAÇÃO
11-8-12	29-8-19	0011674350001 ANTONIO ROSA DA SILVA MAE: MARIA DE FATIMA SILVA NASCIMENTO: 30/08/1977 ENDEREÇO: MANOEL FELICIANO DE SOUSA,259 BAIRRO: ZUMBI CIDADE: HORIZONTE - CE CPF: 717.301.1 FONE: 85992119 CEP: 62882080 CNS: 704208253573 AGHU HUWC:20852018 AGHU MEAC:
23-2-2018		

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: ANTÔNIO ROSA DA SILVA
BE / Prontuário:

AO DR. RICARDO MARROCOS

PROCURAR O AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS (HOWC) NA QUARTA-FEIRA (14) AS 13H p/ realização de US ocular.

Paciente vítima de acidente ocular (trauma contuso) evoluindo com hifema importante em OE, queimose em OE.

- AVL OE $\begin{cases} 20/20 \\ SPL \end{cases}$
- OBS: dificuldade de abdução em OE.

Dr. Ricardo Marrocos
Chefe de Equipe - IJF
CRM 5635

Data: 12 / 08 / 19

Ass./Carimbo do Médico

Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará
(85) 3255-5000.

HOSPITAL UNIVERISTÁRIO WALTER CANTÍDIO Data: 14/08/19

SETOR: OFTALMOLOGIA **1º atendimento**

Nome: Antonio Rocha da Silva 1674350

Idade: 44 Profissão: motorista Naturalidade: Porangatu

Telefone: (89) 9411 9635 ( ) ( )

Ambulatório: Preceptor:

QP: trauma no olho OE por acidente de moto

HDA: No dia 08/08/19 o paciente relata trauma contuso em OE evoluindo com hematoma periorbitário, edema, lacrimejamento excessivo, fotopsias e entomopsias.

HPP: (X) HAS há 2017 ( ) DM há Ø ( ) Asma ( ) LES ( ) Artrite Reumatóide

( ) Glaucoma ( ) Míope ( ) Outras Nega

Cirurgia prévia: Ø

Em uso medicações: Ø

Colírios em uso: nega colírio

História familiar: ( ) Cegueira ( ) Glaucoma Avô (80a): cegueira, catarata?

Ao exame físico:

AV: ~~sc~~ PH: OD 20/20 c/c: OD ( ) c/o

OE SPL OE ( )

Pressão intra ocular 10 / 04 mmHg

BIO: Olho direito: olho calmo, fúrico

Olho esquerdo: hemorragia subconjuntival, hifema importante

Fundo de olho:

OD: rsc. 0,2, mác livre, retina aplicada, vasos sl alterações

OE: não visualizado

Hipótese diagnóstica:

Conduta ① Px atropina 12/12h ou midriacil 8/8h

② Px Predfort 4/4h

③ Retorno em 15d

OBS: US OE: diminuição do comp. A-P, desorganização do seg. posterior

Médico / Interno

Maria do Carmo Moreira de Souza

(4) AMBULATÓRIO [illegible] DR RICARDO DATA 28/08/19 HORA

- [illegible] 4ª
- olho único OD
- SPL OE por trauma contuso após queda de moto
- EU ATO: midriacyl 12/12h (OE), Predfort 4/4h (OE).
- Retorno [illegible] e prescrição [illegible] 5 dias
- BIO: [illegible] muito trabalho
  [illegible] com dores [illegible] [illegible]
- FO: [illegible] mais [illegible]
- Ld: mantendo colírios
  Fenicol lavado
  o [illegible]

(11) TIPO DE ATENDIMENTO	(12) PROCEDIMENTOS REALIZADOS	(13) PORTES	(14) RESULTADO DO ATENDIMENTO
[ ] 2 ELETIVA/CONSULTA INICIAL		[ ] I [ ] II [ ] III	
[ ] 3 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE		[ ] IV [ ] V	CÓDIGO
[ ] 5 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA			

(15) ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Maria do Carmo Pereira

(16) CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL: Médico CREMEC 19047

REGISTRO Nº

ESPECIALIDADE | CÓDIGO

(2) AMBULATÓRIO [illegible] DR RICARDO DATA 28/08/19 HORA

Antônio
olho único OD
SPL OE por trauma contuso após queda de moto
colírio midriacyl 12/12h Predfort 4/4h (OE)
BIO: paciente calando PA
) pontos bulbar hiperemia conjuntival [illegible]
PIO 12/07 AV 20/20
FO: [illegible] mal [illegible]) MM, disco SPL
Ld: Boa evolução OE Descongestionado do polo posterior
aumento da superfície [illegible], diminuição do
comprimento axial OE

(21) TIPO DE ATENDIMENTO	(22) PROCEDIMENTOS REALIZADOS	(23) PORTES	(24) RESULTADO DO ATENDIMENTO
[ ] 2 ELETIVA/CONSULTA INICIAL	Retorno PX Vitória OD trote de 10/11/19	[ ] I [ ] II [ ] III	
[ ] 3 ELETIVA/CONSULTA SUBSEQUENTE		[ ] IV [ ] V	CÓDIGO
[ ] 5 ELETIVA/CONSULTA REFERENCIADA			

(25) ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

(26) CARIMBO/ASSINATURA PROFISSIONAL

REGISTRO Nº

ESPECIALIDADE | CÓDIGO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

FICHA DE EVOLUÇÃO DO AMBULATÓRIO

Nº PRONTUÁRIO 169435

NOME DO PACIENTE ANTONIO ROSA DA SILVA

CÓD. 38.08

HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTIDIO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 29/08/2019
HORA: 17:10:44

1674350

Dados do Paciente

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
1674350	ANTONIO ROSA DA SILVA	30/08/1977	41	M	PARDO	PACAJUS	

Estado Civil	CPF	RG	Grau de instrução	Profissão
1-CASADO	717.301.173-68	95015021625 SSP - Ceer	2º Grau Completo	

Nome Social

Filiação
Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA
Pai: RAIMUNDO ROSA DA SILVA

Fone Residencial: 8599211963
Fone Trabalho:

Endereço
MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259 ZUMBI HORIZONTE-CE CEP:62882090

Complemento Endereço

Dados do Atendimento

Atendimento	Data	Hora	Setor:
11231374	29/08/2019	17	32210-RECEPÇÃO E INTERNAÇÃO

Tipo Atendimento
5-INTERNACAO CIRURGICA

Médico Atendente
419095-EDUARDO COSTA STUDART SOARES

Motivo Atendimento
3-INTERNACAO/ELETIVA

Plano / Convênio	Nº Cartão	Validade
50-SUS/2-INTERNACAO		

Dados da Internação

Posto	Acomodação	Leito	Desc./AGHU
POSTO - CLINICA CIRURGICA I	40550 POSTO - CLINICA CIRURGICA I	172	812

Guia

Procedimento

11231374

TERMO DE CONSENTIMENTO

Autorizo o corpo clínico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará a realizar os exames, tratamento clínico e/ou cirúrgico, anestesia, transfusão de sangue e/ou seus derivados que sejam necessários e indicados pelos médicos ou demais procedimentos que objetivem o diagnóstico e tratamento do(a) paciente Sr(a) ANTONIO ROSA DA SILVA visando a sua recuperação e reintegração na comunidade.

Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados do sangue, incluindo AIDS e hepatite.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas nos procedimentos.

Tratando-se de menor, estou ciente que o hospital tomará as medidas legais para o seu encaminhamento, caso o mesmo não seja retirado, no prazo de 3 (três) dias, após o aviso de alta.

Estou ciente de que o hospital não se responsabilizará por joias, objetos ou dinheiros que não tenham sido entregues oficialmente ao Serviço de Comunicação, cuja comprovação deverá ser fornecida ao responsável pelo setor competente.

As normas e rotinas de funcionamento e disciplina do Hospital das Clínicas serão respeitadas corretamente pelo paciente e seus familiares. Em caso de óbito, este hospital fica autorizado a realizar um exame Pós-Mortem completo no cadáver, com o fim de determinar a causa da morte. Responsabilizamo-me pela sua retirada dentro de 24 (vinte e quatro) horas, ao máximo, após a alta. Para isso forneço endereço que tornará possível a notificação, comprometendo-me, em caso de mudança, comunicar ao hospital meu novo endereço.

Responsável: ANTONIO ROSA DA SILVA
Endereço: R MANOEL FELICIANO DE SOUSA 259, Bairro ZUMBI, HORIZONTE-CE
Telefone: 85992119635

Fortaleza, 29 de Agosto de 2019

Responsável pelo Atendimento

ANTONIO ROSA DA SILVA
Responsável pelo Paciente

Responsável por prescrição

R4310i

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

256149

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTIDIO / UFC

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTIDIO / UFC

256149

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE
ANTONIO ROSA DA SILVA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) — 1674350

DATA DE NASCIMENTO — 30 08 1977 — SEXO ✓ M F I — RAÇA/COR 3 — FAIODERMA — FAIODERM

NOME DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO RESIDENCIAL — 85 — 99134-0968
MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259 — ZUMBI

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA — CE
HORIZONTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
CIENTE APRESENTANDO FRATURA DO COZM, NECESSITANDO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS E EXAMES REALIZADOS
EXAME CLINICO E RADIOGRAFICO COMPATIVEIS COM O CASO.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL — CID 10 PRINCIPAL
FRATURA DO COZM — S024

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COZM — 04.04.02.052-6

CLÍNICA — CARÁTER DA INTERNAÇÃO — DOCUMENTO — Nº DO DOCUMENTO
CTBMF — ELETIVO — ✓ CPF

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE — DATA DA SOLICITAÇÃO — CARIMBO
THIAGO JONATHAN — 30 08 19 — 013.596.894-19 — Thiago Jonathan Cirurgião Buco

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPICO
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
EMPREGADO — AUTÔNOMO — APOSENTADO — DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — CÓDIGO ÓRGÃO EMISSOR

DOCUMENTO — Nº DO DOCUMENTO CNS/CPF — CNES/UNIDADE AUTORIZADORA

DATA DA AUTORIZAÇÃO — ASSINATURA E CARIMBO COM REGISTRO DO CONSELHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPI[illegible]AI
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CAN[illegible]DIO
NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO
SERVIÇO DE INTERNAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC a realizar exames laboratoriais nos casos de qualquer funcionário deste hospital ter se acidentado com meu sangue ou secreção.

Esclareço que tenho ciência que os exames serão para pesquisar doenças transmitidas nesse tipo de acidente, como hepatite B (HbsAg), hepatite E (anti-HVC), vírus da imunodeficiência humana (anti-HIV), etc. e que poderiam levar ao adoecimento do funcionário acidentado.

É importante frisar que o resultado dos exames é confidencial e será somente do meu conhecimento e dos profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HUWC (CCIH/HUWC).

Fortaleza, 29 de Agosto de 2019

NOME:
CPF:

Caso o paciente seja menor de idade ou esteja incapacitado de decidir sobre a realização do exame:

Eu, _____ na qualidade de _____ e como eu representante legal, declaro que estou ciente das informações acima descritas e concordo com a realização dos exames laboratoriais.

NOME:
CPF:

Não concordo em autorizar referidos exames e me responsabilizo pelos atos que possam ser oriundos desta decisão.

NOME:
CPF:

DATA DA ADMISSÃO	HORA DA ADMISSÃO	DATA DA ALTA	HORA DA ALTA	TOTAL DAS PERMANÊNCIA
/ / 2019		02/09/19	10:05	

RESUMO DA HISTORIA CLINICA E EXAME FÍSICO.

FRATURA DO COZM

04.09.19

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES COMPLEMENTARES

EXAME DE IMAGEM COMPATIVEL COM O CASO.

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

PACIENTE EM PO OSTEOSSINTESE DO COZM. EVOLUI BEM,SEM QUEIXAS ÁLGICAS OU DE QUALQUER NATUREZA, BORDAS DAS FERIDAS LIMPAS E BEM COAPTADAS. DIURESE POSITIVA. APRESENTA-SE SEM SINAIS DE INFECÇÃO OU HEMORRAGIA. EDEMA EM REGIÃO FACIAL COMPATÍVEL COM

HUWC HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE ROSA DA SILVA

Nº (S) PRONTUÁRIO(S) 1674350

CLÍNICA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Nº DO ATENDIMENTO

ENFERMARIA

LEITO 812

TERAPEUTICA:
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE COZM

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:
FRATURA DE COZM (COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR)

ORIENTAÇÃO MÉDICA DADA AO PACIENTE
Entregue ao paciente na recomendação impressa

CONDIÇÕES DE ALTA:

- [ ] CURADO
- [x] MELHORADO
- [ ] INALTERADO
- [ ] A PEDIDO
- [ ] TRANSFERIDO
- [ ] OUTRA
- [ ] ÓBTO
- [ ] SOLICITADO NECROPSIA

FORTALEZA 07 / 05 / 19

Thiago Simão Dos Santos
Cirurgião Bucomaxilofacial
Residente Hotle CROCE 10623

CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
(NOME LEGÍVEL)

ADMISSÃO EM ENFERMARIA HUWC - ANAMNESE

Nome do paciente: ANTONIO ROSA DA SILVA		Nº Prontuário 1674350	Data da Admissão: 30 08 19
Idade:	Escolaridade: ENSINO MÉDIO COMPLETO	Admissão no Serviço de: CTBMF	Sexo: ☑ M ☐ F / Cor: FAIODERMA
Estado Civil: SOLTEIRO	Religião: CATÓLICO	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: AMONTADA / Procedência: HORIZONTE CE

QUEIXA PRINCIPAL: "DÓI NA ABERTURA DA BOCA E NA MASTIGAÇÃO, NÃO CONSIGO ABRIR A BOCA MUITO" SIP

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL :

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DO COZM ESQUERDO, COM NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (doença anteriores, operações, traumatismos): ☐ HAS ☐ DM ☐ ICC ☐ ICO ☐ AVC ☐ Câncer ☐ TB ☐ Hepatites ☐ DST ☐ VPI

Descrever : COMA DURANTE 15 DIAS NO ANO 2017 NO MÊS DE NOVEMBRO DEVIDO A TRAUMA PSICOLÓGICO

Outros :

ALERGIAS:

HÁBITOS: *Tabagismo* ☑ Nunca ☐ Ex-tabagista ☐ Tabagista → Descrever uso atual ou prévio:

Etilismo : ☑ Nunca ☐ Ex-Etilista ☐ Etilista → Descrever uso atual ou prévio:

Outros: NDN

MEDICAÇÕES EM USO:

CLONAZEPAM 2MG 1X/DIA

HISTÓRIA PSICOSOCIAL:

NENHUMA

HISTÓRIA FAMILIAR:

NDN

INTERROGATÓRIOS SOBRE ORGÃOS E APARELHOS :

Geral: NDN

Cabeça & Pescoço: NDN

Neurológico: NDN

Cardiovascular: NDN

Respiratório: NDN

Tem tosse com expectoração há mais de uma semana? ☒ Não ☐ Sim: solicitar 2 baciloscopias do escarro.

Geniturinário: NDN

Osteoarticular e Muscular: NDN

Hematopoético e Endócrino:

NDN

Pulso (bpm):	PA (mmHg):	FR (irpm):	Temp. (°C):	Peso (Kg):	Altura (m):	IMC (Kg/m²):	Circ. Abd (cm):

GERAL: NDN

PELE E FÂNEROS:

NDN

CA: NDN

PESCOÇO:

TÓRAX (Respiratório e Cardiovascular):

NDN

NDN

ABDOMEN:

NDN

EXTREMIDADES:

NDN

SISTEMA NERVOSO:

NDN

ANOGENITAL:

NDN

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: FRATURA DE COZM ESQUERDO + ARCO ZIGOMÁTICO E + ASSOALHO DE ÓRBITA

EXAMES SOLICITADOS:

ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA:

PROTOCOLO PRÉ-OPERATÓRIO + OSTEOSSÍNTESE + FECHAMENTO.

ASSINATURA: Residente

"ANOTE TODOS OS DADOS IMPORTANTES EM RELAÇÃO A EVOLUÇÃO DENTRO DO PLANO SOAP"

DATA	S=d SUBJETIVOS	O=d OBJETIVOS	A=d ANÁLISE	P=PLANO (DISG TRATAMENTO)

30 08 19

PACIENTE INTERNADO PARA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL DE:

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COZM

PACIENTE ENCONTRA-SE CONSCIENTE, SEM DOR, EUPNÉICO, EUCTÉRICO, ACIONÓTICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, DIURESE POSITIVA, ESTADO GERAL BOM.

 # CONDUTAS #

1. CIRURGIA PREVISTA PARA DIA 30/08/18 ÀS 13H

DÚVIDAS: DR. THIAGO JONATHA (84) 99972-0255

Thiago Jonatha [illegible]
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
Residente

HUWC EVOLUÇÃO CLÍNICA	NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	ANTONIO ROSA DA SILVA	1674350
FL Nº	CLÍNICA / ENFERMARIA / LEITO	Nº DO ATENDIMENTO

"ANOTE TODOS OS DADOS IMPORTANTES EM RELAÇÃO A EVOLUÇÃO DENTRO DO PLANO SOAP"

	S=d SUBJETIVOS	O=d OBJETIVOS	A=d ANÁLISE	P=PLANO (DISC. TRATAMENTO)

31/08/2019 #CTBMF#

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COZM

PACIENTE EM 1º DPO DE OSTEOSSÍNTESE DO COZM. EVOLUI BEM,SEM QUEIXAS ALGICAS OU DE QUALQUER NATUREZA,BORDAS DAS FERIDAS LIMPAS E BEM COAPTADAS.DIURESE POSITIVA. APRESENTA-SE SEM SINAIS DE INFECCAO OU HEMORRAGIA. EDEMA EM REGIÃO FACIAL COMPATIVEL COM PROCEDIMENTO.

 # CONDUTAS:

1. PRESCRIÇÃO HOSPITALAR;
2. ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS
3. ALTA HOSPITALAR PROGRAMADA PARA DIA 01/09/19
4. RETORNO AMBULATORIAL DIA 02/09/19 ÀS 07:30 NA SALA 5.

DÚVIDAS: DR. THIAGO JONATHAN (84)99972-0255

José Nunes Cavalcante Neto
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
CRM-RN 6812

EVOLUÇÃO CLÍNICA	NOME DO PACIENTE: ANTONIO ROSA DA SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO: 1674350
ACADÊMICO: ASSILARIO WALTER CANTÍDIO	CLÍNICA: CTBMF	ENFERMARIA: CCS / LEITO: 812
FL. Nº		Nº DO ATENDIMENTO:

PRESCRIÇÃO DATA 30/09/19 HA	HORÁRIO / APLICAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
#CTBMF#		
1 DIETA LÍQUIDA COMPLETA FRIA, VO, 03/03H		
2. SF 0,9% 500ML, EV, 7 GOTAS/MIN	(18/30)	
3. CEFALOTINA 1G + 100ML DE SF 0,9%, EV, DE 06/06H	18 24 06 12	
4. CETOPROFENO 100MG + 100ML DE SF 0,9%, EV, DE 12/12H	20 18 08 02	
5. DEXAMETASONA 04MG, EV, DE 12/12H	22 10	
6. TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9%, EV, 08/08H, SE DOR INTENSA	SN	
7. DIPIRONA 2ML + 18ML SF 0,9%, EV, DE 06/06H;	20 02 08 14	
8 ONDANSETRONA 4MG + 50 ML SF 0,9%, EV, CORRER EM 30MIN, DE 08/08H,	22 00	
9. RANITIDINA 50MG, EV, DE 08/08H	18 02 10	
10. TRANSAMIN 01 FA + 250ML SF 0,9%, EV, ATÉ DE 08/08H, A critério médico	ACM	
11. CABECEIRA ELEVADA 30°	Mantida	
12. ASPIRAR SECREÇÕES QUANDO NECESSÁRIO	SN	
13. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS	Rotina	
14 COMPRESSA DE GELO SOBRE O LOCAL OPERADO POR 20MIN, DE 02/02H	Mantida	
15. Remover a sonda nasal na SRPA	(18/30)	
DÚVIDAS: DR. THIAGO JONATHAN: (84) 99972-0255	ALTA SRPA	

NOTA: TODA A INFORMAÇÃO REGISTRADA DEVERÁ VIR SEGUIDA OBRIGATORIAMENTE DE ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO.

HUWC – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

PRESCRIÇÃO/OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: ANTONIO ROSA DA SILVA

Dr. Afonso [illegible] Neto
Médico Anestesiologista
CREMEC 7049

Nº DO PRONTUÁRIO: 1674350

Nº FI:

SERVIÇO: CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

CLÍNICA: 312

1ª Via Prontuário

COD 38 074-3

PRESCRIÇÃO DATA 30 / 08 / 19 H A	HORÁRIO / APLICAÇ	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
#CTBMF#		
1.DIETA LIVRE DE 03/03H ATÉ AS 22H, APÓS AS 22H DIETA ZERO;	18 - Zero 22h	
2. SF 0,9% 500ML EV - 14 GTS/MIN;	500	
3. SINAIS VITAIS;	06	
4. CUIDADOS GERAIS;		
5. REALIZAR TRICOTOMIA DO CABELO.		
Thiago Jonathan S. dos Santos Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente - CROCE 10623		
6. Dipirona 2:18 ml AD, EV até de 6/6h se dor ou T7, 37,8°C	18:20	
7. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV até 8/8h se dor não ceder com dipirona		
DÚVIDAS DR. THIAGO JONATHAN 84 99972-0255		

NOTA: TODA A INFORMAÇÃO REGISTRADA DEVERÁ VIR SEGUIDA OBRIGATORIAMENTE DE ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO.

HUWC -- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

PRESCRIÇÃO/OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: ANTONIO ROSA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO: 1674350

Nº FL:

SERVIÇO: CTBMF

CLÍNICA: 812

1ª Via Prontuário

CÓD. 3E 074-1

PRESCRIÇÃO DATA 31/08/19 HORA	HORÁRIO / APLICAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
(1) Dieta líquida completa	[illegible]	
(2) SF 0,9% 500ml EV - 7 gotas/min	[illegible]	
(3) Cefazolina 1g + 100ml SF 0,9%		Suspensa dia [illegible]
EV 6/6h	12 02 08 14	
(4) Ceftriaxona 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12h	21 09	Drena de tórax - 00
(5) Dexametasona 4mg EV 12/12h	22 20	
(6) Dipirona 2ml IM AD EV 6/6h	00 02 08 14	
(7) Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV		
até 8/8h se dor intensa	SN	
(8) Ondansetrona 4mg + 50ml SF 0,9%		
EV 8/8h - correr em 30 minutos	22 06 14	
(9) Ranitidina 50mg EV 8/8h	22 10 18	
(10) Transamin 01 CA + SF 0,9% 250ml		
EV ACM até 8/8h	ACM	
(11) Compressa gelo no local operado por	20 22 24 00 02 04 06	
20 minutos 2/2h		
(12) SSVV + CCGG	06 06 14	

NOTA: TODA A INFORMAÇÃO REGISTRADA DEVERÁ VIR SEGUIDA OBRIGATORIAMENTE DE ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO.

HUWC – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

PRESCRIÇÃO/OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Antônio Maria de [illegible]

Nº DO PRONTUÁRIO: 167430

Nº FL:

SERVIÇO: Cirurgia I

CLÍNICA: 1.812

MARIA DO SOCORRO MONTEIRO DE SOUZA
COREN-PB

PRESCRIÇÃO DATA / / HOR	HORÁRIO / APLICAÇÃO	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
#CTBMF#		
1 DIETA LÍQUIDA COMPLETA FRIA, VO, 03/03H	SNS	
2. SF 0,9% 500ML, EV, 7 GOTAS/MIN		
3. CEFALOTINA 1G + 100ML DE SF 0,9%, EV, DE 06/06H		
4. CETOPROFENO 100MG + 100ML DE SF 0,9%, EV, DE 12/12H		
5. DEXAMETASONA 04MG, EV, DE 12/12H		
6. TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9%, EV, 08/08H, SE DOR INTENSA		
7. DIPIRONA 2ML + 18ML SF 0,9%, EV, DE 06/06H;		
8. ONDANSETRONA 4MG + 50 ML SF 0,9%, EV, CORRER EM 30MIN. DE 08/08H;		
9. RANITIDINA 50MG, EV, DE 08/08H		
10. TRANSAMIN 01 FA + 250ML SF 0,9%, EV, ATÉ DE 08/08H, A critério médico	ACM	
11. CABECEIRA ELEVADA 30º	Atenção	
. ASPIRAR SECREÇÕES QUANDO NECESSÁRIO	SN	
13. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS		
14. COMPRESSA DE GELO SOBRE O LOCAL OPERADO POR 20MIN. DE 02/02H		
DÚVIDAS: DR. THIAGO JONATHAN: (84) 99972-0255		

Thiago Jonathan S. dos Santos
Cirurgião e Traumatologia Buco-maxilo-facial
Residente HUWC - CRO/CE 10825

ROSA LIMA SOARES

NOTA: TODA A INFORMAÇÃO REGISTRADA DEVERÁ VIR SEGUIDA OBRIGATORIAMENTE DE ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO.

HUWC - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

ESCRIÇÃO/OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: ANTONIO ROSA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO: 1674350

Nº FI

SERVIÇO: CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

CLÍNICA: L. 812

PRESCRIÇÃO DATA __/__/2019 H	HORARIO / APLICAÇ	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
#CTBMF#		
1. DIETA LÍQUIDA/ GELADA - 03/03H - VO		
2. ALTA HOSPITALAR.		
Alta hospitalar		
	MÁRCIA ALVES FERREIRA ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL SIAPE 2167094 COREN/CE 237275 EBSERH	
DÚVIDAS: DR. THIAGO JONATHAN (84)99972-0255		

NOTA: TODA A INFORMAÇÃO REGISTRADA DEVERÁ VIR SEGUIDA OBRIGATORIAMENTE DE ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO.

HUWC - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

PRESCRIÇÃO/OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: ANTONIO ROSA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO: 1674350

Nº FT:

SERVIÇO: CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

CLÍNICA: 842

1ª Via Prontuário

COD. 38.074-1

"ANOTE TODOS OS DADOS IMPORTANTES EM RELAÇÃO A EVOLUÇÃO DENTRO DO PLANO SOAP"

DATA	S=d SUBJETIVOS	O=d OBJETIVOS	A=d ANÁLISE	P=PLANO (DISG. TRATAMENTO)
20/08/19 20ºdia	Pac ARS ♂ 42a admitido neste serviço devido HD cirúrgico eletivo - Corr. de Trat. de Colon. Vem de seu domicílio c/ RGG. Em uso usual completa. Fa. de OE + prótese de Colon. Refere HAS, em tratamento SOMY, controlado. Refere boa aceitação da dieta, diurese e evacuações presença. Alguma queixa em lesões de pele. Ag. Gr. p/ 7.5 a 22/08			
21/08/19	Enfermagem Paciente ARS, ♂, 42a. P. Pós Osteossíntese por fratura de costela. Evolui consciente, orientado, colaborando, deu resposta ao leito. Em uso de Dipirona + Paracetamol e centro OE. Afebril, eupneico, hemodinamicamente estável.			
22/08/19	Enfermagem Paciente ARS, ♂, 42 a. Pós de Osteossíntese de fratura de costela. Evolui bem, consciente, orientado, verbalizando, gostou do leito ainda, dor de tamanho moderada e centrio no OE. Sem queixas afora pouca sede, diurese e sem vomitos de início. Balanço			

JOSÉ ABELANDE DE VASCONCELOS
ENFERMEIRO - ÁREA
SIAPE 1879000
COREN/CE 66256
UFC

MARIA SOLANGE MONTEIRO DE SOUZA
ENFERMEIRO - ÁREA
SIAPE 1879000
COREN/CE 66256
UFC

MARIA SOLANGE MONTEIRO DE SOUZA
ENFERMEIRO - ÁREA
SIAPE 1879000
COREN/CE 66256
UFC

HUWC	EVOLUÇÃO CLÍNICA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	FL Nº

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

001-1674350-001
ANTONIO ROSA DA SILVA LEITO: 812
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977
CLINICA: 40550 - POSTO - CLINICA-CIRURGICA I
29/08/2019

CLI ITO

COD 38 073

AGHU MEAC

Evolução de Enfermagem

21/09/19 - Paciente A. R. S, masculino, 42 anos, PO ortopedia de fratura de fêmur. Evolui consciente, orientado, deambulando, eupnéico em ar ambiente, afebril, normotenso. Aceita dieta oral. Diurese espontânea. Edema em fraca pressão, tampão em olho e narina E. Pele íntegra. Leito LPP. Segue sob cuidados de enfermagem.

AVILA LIMA
ENFERMEIRO
COREN

DATA	ANOTAÇÕES

001-1674350-001
ANTONIO ROSA DA S VA LEITO: 812
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977
CLINICA: 40550 - POSTO - CLINICA CIRURGICA I
29/08/2019

UNIVERSIDA
HOSPITAL UNIVEI
Rua Capitão Francisco HGHU, HUJC 2085201.8 ..... AGHU MREC:

SAEP – *SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA*
HISTÓRICO DE ENFERMAGE

M

Paciente: _____ **Idade:** 46 **Sexo:** ( ) Fem (✓) Masc
Procedência: _____ **Religião:** _____ **Ocupação:** _____
Prontuário: _____ **Unidade de Internação:** _____ **Enf/Leito:** _____ **Data Admissão** 29/08/19
HD: Fratura de Coxa **Cirúrgia proposta:** Correção de Fratura **Data:** 30/08/19

1. EXAME FÍSICO
PA: 135 x 105 Pulso: 80 Temp: 35 FR: 16 Peso: 75Kg Altura: _____
Obs: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ ORIENTAÇÃO:
□ Orientado □Desorientado □Verbaliza □Não verbaliza □ Sonolento Obs: _____
HIGIENE:
(S)Oral (S)Corporal (S)Couro cabeludo (S)Genitália
Legenda: S(Satisfatório) I(Insatisfat.) Obs : _____
PELE E ANEXOS/MUCOS:
- Coloração: ☒Normal □Hipocorada □Ictericia □Cianose Obs.: _____
- Integridade: ☒ Íntegra □ Equimose □ Hematomas □ Dermatites □ Celulite □ Prurido
□ UP estágio ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV Obs: _____
- Hidratação ☒Hidratada □ Desidratada Obs: _____

CABEÇA:
-Boca: □ Próteses Dentária Obs: _____
- Acuidade Visual: □Normal ☒Diminuída □Deficiente visual □Lentes Obs: Sem uso de OC
- Acuidade Auditiva : ☒ Normal □ Diminuída □Deficiente Auditivo Obs: _____

SISTEMA NERVOSO:
- Dor: □ Ausente ☒Em Repouso □ Em Atividade □ À Palpação Obs: Reg. do Trofanter
Escala: 1(Sem Dor) 5(Dor Suportável) 10(Dor Insuportável) Nota: _____
- Dependência: □ Drogas □ Cigarro □ Alcool ☒medicamentos Obs: PARA e Corticoide ESC - Cefalexina

SISTEMA RESPIRATÓRIO:
- Expansibilidade: ☒Superficial □ Profunda □ Drenos
- Ausculta: ☒MV □ Ruídos Adventícios: ( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptações Obs.: _____
- Perfusão Periférica: ☒Normal □Cianose Obs.: _____
- Tosse: ☒Ausente □Seca □Produtiva □Frequente □ Esporádica Obs : _____

SISTEMA CARDIO-VASCULAR:
- Ritmo: ☒Regular □ Irregular Obs: _____
- Rede Venosa: □ Normal □ Alterada Obs: _____

SISTEMA GASTRO-INTESTINAL:
- Dieta: ☒Oral □SNG □ SNE □ Gastrostomia □ Jejunostomia □ NPT Obs: _____
- Abdomem: □ Plano ☒ Flácido ☒ Globoso □ Distendido □ Dor à Palpação Obs: _____
Ausculta/RHA: ☒Normal □ Diminuído □ Ausente Obs: _____
- Sinais e Sintomas:
□ Vômitos □ Cólica □ Diarréia □ Constipação □ Colostomia Obs: _____

SISTEMA URINÁRIO:
-Diurese: ☒Espontânea □SVD □ Cistostomia □ Ureterostomia Obs: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO:
□ Artralgia □ Dor Óssea □ Mialgia □ Fadiga □Imobilizações ☒Fraturas Obs: OD c/ Fixador
Edema de MMSS/MMII □S im ☒Não Local _____ Obs: _____

SISTEMA IMUNOLÓGICO:
Vacinação : □Completa □Incompleta □Não sabe Obs: _____
Grupo Sanguíneo _____ Fator RH _____ Transfusão Sanguínea ☒Não □Sim / Data __/__/__ Obs. _____

INFORMAÇÕES GERAIS:
Reinternação: ☒ não □ sim _____
Cirurgia Anterior: □ não □ sim Qual: _____
Co-morbidades: ☒HAS □IAM □Asma □TB □RC □ DM outras: _____
□ **ALERGIAS:** □ não □ sim Qual: _____
Sinais/sintomas: ( ) gripe ( ) tosse ( ) Disúria ( ) Lesões na pele Outras _____
Exames pré-operatório: □Hemógrama □ Glicemia □ Ur □ Cr □ Na □ K □ TAP □ TTPA Data : _____

□ Rx: _____ □ECG - Data _____ □ Outros: _____

Isolamento ( ) sim _____ ( ) não

INFORMAÇÕES RELEVANTES:

_____

_____

___/___/_____ às _____

JOSÉ ABELANGE DE VASCONCELOS
ENFERMEIRO - AREA
SIAPE 1578000
CORENICE 66256
UFC

Enfermeiro/COREN

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

(X) Conferido assinatura do Termo de consentimento para cirurgia

(7) Dieta a partir das 22

(X) Retirada de adornos □ Prótese dentária

(X) Peças íntimas

(X) Esvaziamento da bexiga

(X) Preparo do Cólon (X) não se aplica

(X) Banho pré-operatório com clorexidina

(X) Medicação pré-anestésica

( ) sim Qual: _____

150 x 100 mmHg T°C 35,4

P = 74 R: 16

Peso 73,4

Puncionado acesso venoso: data 29/8

jelco nº 22 □Não se aplica

Suspensos medicamentos:

□Anticoagulantes: □Não □Sim

Qual: _____ Data: ___/___/_____

□ Hipoglicemiantes: □Não □Sim

Qual_____ Data: ___/___/_____

Solicitado reserva de hemoderivados:

□ Não □ Sim às _____ hs

□ Encaminhado exames do paciente ao C.C

□ Encaminhado paciente ao C.C às _____

JOSÉ ABELANGE DE VASCONCELOS
ENFERMEIRO - AREA
SIAPE 1578000
CORENICE 66256
UFC

_____

Enfermeiro / Coren / Data

PROCESSO DE TRANSPLANTE RENAL E PÂNCREAS:

□ Conferido aceitação do TX em 03 vias □ Se critério expandido, checado assinatura do termo

□ Se diálise peritonial, esvaziado o abdome;

□ Anexado no prontuário documentos recebidos da CNCDO;

□ Encaminhado junto ao paciente para o CC: prontuário, medicação imunossupressora, antibiótico profilático e caixa térmica com o órgão às _____ h_____min

_____

Enfermeiro/COREN

PROCESSO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO:

□ AIH □ Conferir o preenchimento do termo de consentimento do TX(menor- assinatura dos pais ou tutor legal)

□ Checar a coleta da rotina pré-operatória (Hemograma,PCR,TGO,TGP,GGT,TAP,TTPA,Fosfatase Alcalina, Lactato, Glicose, Bilirubina,Uréia,,CR, Na , K, Ca e Albumina).

□ Checar coleta para tipagem e reserva de sangue (RT com 05 unid. de CH filtrado , 05 unid. de Plasma fresco, 10 unid. de Plaquetas ou 01 aférese)

□ Circunferência abdominal □ Peso □ Altura

□ Encaminhado paciente para o C.C. Com Prontuário e Pasta Ambulatorial às _____ h_____

_____

Enfermeira/COREN

TRANSOPERATÓRIO

Entrada no **Centro Cirúrgico às** 6 **h** 35 **min**

Estado Clínico Geral: Consciente, orientada, cooperativa, eupnéico, corado, verbalizando NHB. Conforma jejum e retirada de adornos. Hipertensa, 30/08/19 desconhece alergias. Veg. etílismo e tabagismo. Resp. Simone

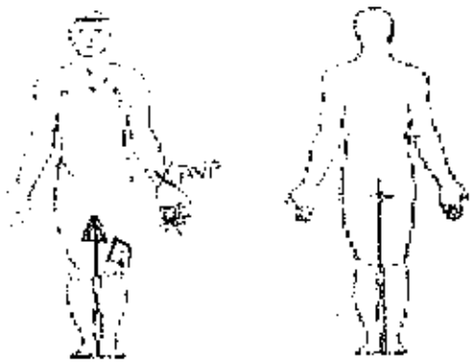
SIMONE DA SILVEIRA MAGALHÃES
ENFERMEIRO - AREA
SIAPE 1453084
CORENICE 70766
UFC

Enfermeiro/ COREN

Cuidados intraoperatórios:

☒ Posicionado adequadamente o paciente
☒ Realizada tricotomia no CC: Área: Face E às 8:15 h
Aquecimento do paciente: ☐ Enfaixamento de MMII ☐ Colchão térmico ☐ Manta térmica
Colocação da placa de bisturi – Local Coxa E Realizado por Regina
Preparo da pele: Degermação: ☒ Clorexidine ☐ PVPI Realizado por: Nunes
Anti-sepsia: ☒ Clorexidine ☐ PVPI Realizado por: Renele
☒ Cateterismo vesical de demora, realizado por: Enf Bruno / Est Tamires hora 8:20
☐ Acesso venoso central, realizado por:
☒ Antibiótico profilático: Keporal 2g / 1g às 8:15 2ª dose: 12:45
☐ Realizado transfusão de hemoderivados:
CH _____ PI _____ Plasma _____ CRIO _____

Equipamentos utilizados: ☐ Cellsaver ☐ Arco em C ☐ Angiógrafo ☐ Raio X (X) Não se aplica
Realizado glicemia capilar: ☐ Sim ☒ Não resultado: _____mg/dl
Realizado curativos: (X) sítio cirúrgico ( ) acesso venoso central ( ) Drenos



__ Incisão
+ Drenos: _____
/ Placa de bisturi
X Punção venosa
* Oximetro
● Eleletrodos
⊗ Coxim
▲ Sondas

Drogas vasoativas: AVC em _____ com: _____
MSE _____
MSD _____
Outros _____

	Procedimento realizado	Inicio	Término
Anestesia	Geral	7:40	12:40
Cirurgia	Osteossíntese de fratura do Colo	8:30	12:30

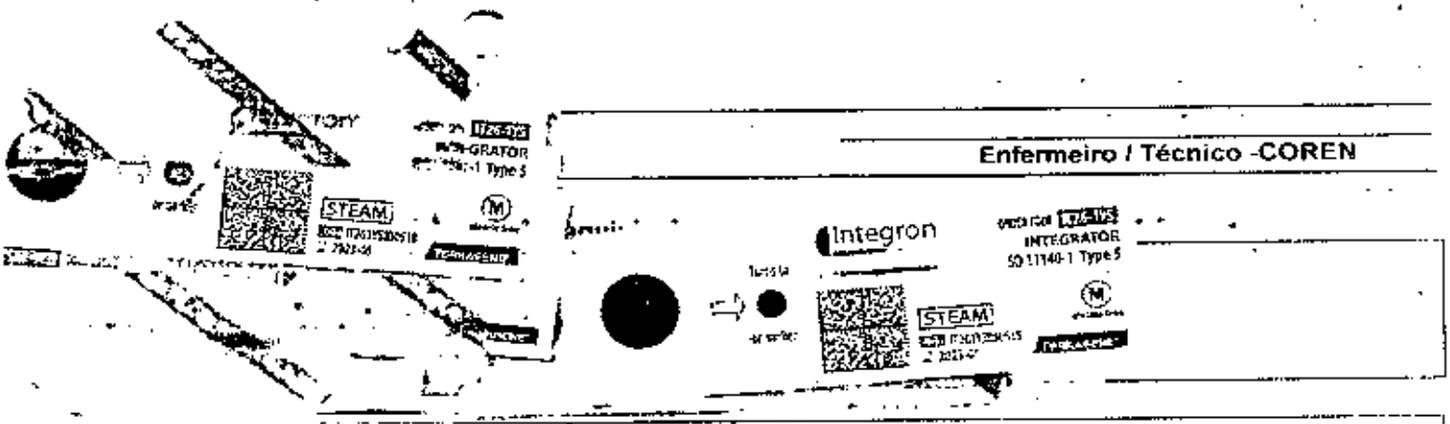
Equipe: cirurgião Dr. Eduardo Student anestesista Dr. Flávio
circulante Regina / Salviana instrumentador Thiago

	Gazes radiopaca	Compressas Grandes	Compressas Pequenas	Instrumental
Oferecidas	20 + 20	10 + 20 + 15 + 10 + 5		bandeja básica
Recebidas				

IV- Na Sala Cirúrgica (antes da saída do paciente da sala de operação):

Realizada biópsia de congelação: ☒ Não ☐ Sim
Coletado material para cultura: ☒ Não ☐ Sim
Identificadas peças cirúrgicas e checado respectivas solicitações: ☒ Não ☐ Sim
Encaminhado no POI: ☒ SRPA ☐ UTI Cirúrgica ☐ Enfermaria
Condição clínica do paciente pós-procedimento cirúrgico:
[illegible]

JOÃO BOSCO VIEIRA CAVALCANTE FILHO
ENFERMEIRO
SIAPE 1458034
UFC



Enfermeiro / Técnico -COREN

PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO

Internação de leito/AIH ☐ Admitido às 15:45

Diagnóstico / diagnóstico [illegible] Anestesia: [illegible]

Nível de Consciência (preencher **escala de Ramsay**)

Nível 1: paciente ansioso, agitado
Nível 2: cooperativo, orientado, tranquilo
Nível 3: sonolento, atendendo aos comandos
Nível 4: dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabelar ou estímulo sonoro
Nível 5: dormindo, responde lentamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro
Nível 6: dormindo, sem resposta

Paciente hipotérmico? ☑ Não ☐ Sim Cuidados _____

Pele: íntegra/queimadura: ☑ Não ☐ Sim, local: _____

Drenos: ☐ Penrose ☑ Portovac ☐ Tubular ☐ Outros _____

Dispositivos invasivos: ☐ PVC ☐ PAM ☐ Swan Ganz ☑ SVD ☐ SNG ☐ SNE Outros _____

Ventilação espontânea ☐ Cateter nasal ☐ Venturi ☐ Ventilação mecânica

Acessos venosos: ☐ Central _____ ☑ Periférico MSE Ostomias _____

☐ Catéter HD ☐ Outros _____

Ocorrências no POI:

☐ Sangramento ☐ Tamponamento cardíaco ☐ Isquemias ☐ Convulsão
☐ Insuficiência respiratória aguda ☐ Alterações pressóricas _____
☐ Edema agudo de pulmão ☐ Alterações glicêmicas _____
☐ Arritmia ☐ Alterações neurológicas _____
☐ [illegible] _____
☐ Alergias: _____ ☐ Reação alérgica a _____ ☐ NDN

Cuidados de Enfermagem

☐ Aferir PA: ☐ MSD ☐ MSE Não puncionar em ☐ MSD ☐ MSE
☐ Manter cabeceira elevada a ____ ° Aplicar compressas frias/quentes _____

Paciente admitido: ( ) CC ( ) UTI (X) Enfermaria - Leito 912
Horário transferência às ____ h ____ min Transferido às ____ h ____ min

Evolução de enfermagem: [illegible]

30/03/19

Enfermeiro - COREN

HELEN PEREIRA ROCHA TELES
ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL
SIAPE 2259558
EBSERH

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Fc ha 1/2

Validade: de 30/08/2019 23:03 h. a 31/08/2019 20:00 h.

	DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS	FREQUÊNCIA		
	CUIDADOS DE ROTINA			
1.	Implementar cuidados com administração de medicamentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
2.	Implementar cuidados com soroterapia	MANHÃ	TARDE	NOITE
3.	Implementar cuidados na punção venosa	atenção		
4.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
5.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
6.	Implementar medidas preventivas de quedas	MANHÃ	TARDE	NOITE
7.	Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão	MANHÃ	TARDE	NOITE
8.	Manter cabeceira elevada	CONTÍNUO		
9.	Realizar curativo médio	manhã		
10.	Verificar sinais vitais - 20 8 14	3 X ao dia		
	RISCO DE INFECÇÃO - PROCEDIMENTO INVASIVO			
11.	Avaliar aspecto da ferida operatória	manhã		
12.	Explicar previamente os procedimentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
13.	Implementar cuidados com dreno - portovac	MANHÃ	TARDE	NOITE
14.	Orientar sobre a importância da higiene corporal	MANHÃ	TARDE	NOITE

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Id

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Leito: ENF080812

2085201/8

30/08/2019 23:07:18

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 1/2

Validade: de 30/08/2019 23:03 h. a 31/08/2019 20:00 h.

	DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS	FREQUÊNCIA		
	CUIDADOS DE ROTINA			
1.	Implementar cuidados com administração de medicamentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
2.	Implementar cuidados com soroterapia	MANHÃ	TARDE	NOITE
3.	Implementar cuidados na punção venosa	atenção		
4.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
5.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
6.	Implementar medidas preventivas de quedas	MANHÃ	TARDE	NOITE
7.	Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão	MANHÃ	TARDE	NOITE
8.	Manter cabeceira elevada	CONTÍNUO		
9.	Realizar curativo médio	manhã		
10.	Verificar sinais vitais - 20 8 14	3 X ao dia		
	RISCO DE INFECÇÃO - PROCEDIMENTO INVASIVO			
11.	Avaliar aspecto da ferida operatória	manhã		
12.	Explicar previamente os procedimentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
13.	Implementar cuidados com dreno - portovac	MANHÃ	TARDE	NOITE
14.	Orientar sobre a importância da higiene corporal	MANHÃ	TARDE	NOITE

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Id

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Leito: ENF080812 2085201/8

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 1/1

Validade: de 29/08/2019 20:16 h. a 30/08/2019 20:00 h.

	DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS	FREQUÊNCIA		
	CUIDADOS DE ROTINA			
1.	Implementar cuidados com administração de medicamentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
2.	Implementar cuidados com soroterapia	MANHÃ	TARDE	NOITE
3.	Implementar cuidados na punção venosa	atenção		
4.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
5.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
6.	Implementar medidas preventivas de quedas	MANHÃ	TARDE	NOITE
7.	Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão	MANHÃ	TARDE	NOITE
8.	Manter cabeceira elevada	CONTÍNUO		
9.	Verificar sinais vitais - 20 8 14	3 X ao dia		

30/08/2019,00:48 h.

Enf. ANTONIO IRAN MAIA FILHO COREN: 115151

ANTONIO IRAN MAIA FILHO
ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL
COREN 115151

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Id

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Leito: ENF080812

2085201/8

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 1/1

Validade: de 29/08/2019 20:18 h. a 30/08/2019 20:00 h

	DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS	FREQUÊNCIA		
	CUIDADOS DE ROTINA			
1.	Implementar cuidados com administração de medicamentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
2.	Implementar cuidados com soroterapia	MANHÃ	TARDE	NOITE
3.	Implementar cuidados na punção venosa	atenção		
4.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
5.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
6.	Implementar medidas preventivas de quedas	MANHÃ	TARDE	NOITE
7.	Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão	MANHÃ	TARDE	NOITE
8.	Manter cabeceira elevada	CONTÍNUO		
9.	Verificar sinais vitais - 20 8 14	3 X ao dia		

30/08/2019,00:48 h.

Enf. ANTONIO IRAN MAIA FILHO COREN: 115151

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Id

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Leito: ENF080812

206520/6

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Validade: de 31/08/2019 20:24 h. a 01/09/2019 20:00 h.

	DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS	FREQUÊNCIA		
	CUIDADOS DE ROTINA			
1.	Implementar cuidados com administração de medicamentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
2.	Implementar cuidados com soroterapia	MANHÃ	TARDE	NOITE
3.	Implementar cuidados na punção venosa	atenção		
4.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
5.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
6.	Implementar medidas preventivas de quedas	MANHÃ	TARDE	NOITE
7.	Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão	MANHÃ	TARDE	NOITE
8.	Manter cabeceira elevada	CONTÍNUO		
9.	Realizar curativo médio	manhã		
10.	Verificar sinais vitais - 20 8 14	3 X ao dia		
	RISCO DE INFECÇÃO - PROCEDIMENTO IN[illegible]			
11.	Avaliar aspecto da ferida operatória	manhã		
12.	Explicar previamente os procedimentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
13.	Implementar cuidados com dreno - portovac	MANHÃ	TARDE	NOITE
14.	Orientar [illegible] higiene [illegible]	MANHÃ	TARDE	NOITE

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

31/08/2019 20:24:49

Id

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Leito: ENF080812

2085201/8

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 2/2

Validade: de 31/08/2019 20:24 h. a 01/09/2019 20:00 h.

31/08/2019,20:24 h.

Enf. ANTONIO IRAN MAIA FILHO COREN: 115151

ANTONIO IRAN MAIA FILHO
ENFERMEIRO ASSISTENCIAL
COREN-CE 115151

Id

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Leito: ENF080812 2085201/8

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 1/2

Validade: de 01/09/2019 21:21 h. a 02/09/2019 20:00 h.

	DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS	*FREQUÊNCIA*		
	CUIDADOS DE ROTINA			
1.	Implementar cuidados com administração de medicamentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
2.	Implementar cuidados com soroterapia	MANHÃ	TARDE	NOITE
3.	Implementar cuidados na punção venosa	atenção		
4.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
5.	Implementar cuidados para prevenção de infecção conforme orientações da ccih	MANHÃ	TARDE	NOITE
6.	Implementar medidas preventivas de quedas	MANHÃ	TARDE	NOITE
7.	Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão	MANHÃ	TARDE	NOITE
8.	Manter cabeceira elevada	CONTÍNUO		
9.	Realizar curativo médio	manhã		
10.	Verificar sinais vitais - 20 8 14	3 X ao dia		
	RISCO DE INFECÇÃO - PROCEDIMENTO INVASIVO			
11.	Avaliar aspecto da ferida operatória	manhã		
12.	Explicar previamente os procedimentos	MANHÃ	TARDE	NOITE
13.	Orientar sobre a importância da higiene corporal	MANHÃ	TARDE	NOITE

01/09/2019,21:24 h.

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Id

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Leito: ENF080812 2085201/8

E 01/09/2019 21:24:39 N 6

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

Folha 2/2

Validade: de 01/09/2019 21:21 h. a 02/09/2019 20:00 h.

Enf°. ERIKA BRITO DOS SANTOS COREN: 133707

ERIKA BRITO DOS SANTOS
ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL
SIAPE 2203640
COREN/CE 133707
EBSERH

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA CATARINA

PRESCRIÇÃO DO PACIENTE - ENFERMAGEM

E 01/09/2019 21:24:39 N

Id

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Leito: ENF080812 812 2085201/8

001-1674350-001
ANTONIO ROSA DA SILVA LEITO: 812
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977
CLINICA: 43550 - POSTO - CLINICA CIRURGICA 1
29/08/2019

AGHU MEAC
AGHU MUNC:20852018

GERÊNCIA DE RISCOS ASSISTENCIAIS
AVALIAÇÃO DE RISCOS QUEDA, LESÃO DE PELE, FLEBITES
MONITORIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: DATA NASCIMENTO: IDADE: 42 PRONTUÁRIO:

DATA INTERNAÇÃO: UNIDADE DE INTERNAÇÃO: LEITO: 812

ORIGEM: DIAGNÓSTICO MÉDICO: MÊS Agosto

1. AVALIAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

FATORES DE RISCO - Sinalize os fatores de risco presentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. História pregressa de quedas últimos 3 meses.																															
2. Idade acima de 65 anos.																															
3. Mobilidade reduzida/ Dificuldade para andar																															
4. Distúrbios neurológicos/Declínio cognitivo																															
5. Uso de drogas que atuam sobre o sistema nervoso central																															
6. Uso de anti-hipertensivos (1), beta bloqueadores (2), antiarrítmicos (3).																													1	1	1
7. Uso de hipoglicemiantes (1). Dieta zero (2).																															
8. Uso de diuréticos (1). Incontinência urinária (2).																															
9. Uso de laxantes (1). Incontinência fecal (2). Diarreia (3).																															
10. Caquexia. (1). Obesidade severa (2).																															
11. Comprometimento sensorial: visão (1), audição (2), tato (3).																													1	1	1
12. Condições clínicas: Anemia (1) Plaquetopenia (2) Dor intensa (3)																															
13 SEM FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS - Marque com X se não houver fator de risco																															
RISCO DE QUEDA - Marque com X a classificação obtida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ALTO RISCO*																															
BAIXO RISCO**																													X	X	X
OCORRÊNCIA DE QUEDA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SIM (1) NÃO (2)																													2	2	2
NOTIFICAÇÃO VIGIHOSP (Marque com X o dia da notificação)																															

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

*ALTO RISCO** Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, possui pelo menos um fator de risco OU Paciente dependente de ajuda para suas atividades, anda com auxílio de pessoas ou dispositivos e com ou sem fatores de risco OU Paciente acamado em maca, aguardando a realização de procedimentos, exames ou transferências

*BAIXO RISCO*** Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros. Com ou sem fatores de risco Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

001-1674350-001
ANTONIO ROSA DA SILVA LEITO: 812
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977
CLINICA: 40550 - POSTO - CLINICA CIRURGICA 1
29/08/2019

2. AVALIAÇÃO PARA RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - ESCALA DE B

PRESENÇA LESÃO POR PRESSÃO NA ADMISSÃO: ( ) NÃO ( ) SIM. SE SIM: ESTÁGIO DA LESÃO _____ LOCAL DA LESÃO _____

ESTÁGIO DA LESÃO: ESTÁGIO 1. ESTÁGIO 2. ESTÁGIO 3. ESTÁGIO 4. LESÃO TISSULAR PROFUNDA 5. INDETERMINADA 6

CLASSIFICAÇÃO RISCO DE LESÃO: Considerar o somatório da pontuação atribuída a cada categoria de fatores de risco.

0. SEM RISCO (≥ 19 pontos)	1. BAIXO RISCO (15 a 18 pontos)	2. RISCO MODERADO (13 a 14 pontos)	3. RISCO ALTO (10 a 12 pontos)	4. ALTÍSSIMO RISCO (≤ 9 pontos)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A																													4	4	4
B																													4	4	4
C																													3	3	3
D																													4	4	3
E																													4	4	3
F																													3	3	2
SOMA																													22	22	19
RISCO DE LESÃO																													-	-	-
OCORRÊNCIA LESÃO (1) SIM (2)NÃO																													2	2	2
ESTÁGIO DA LESÃO																													-	-	-
NOTIFICAÇÃO VIGIHOSP																													-	-	-

A= PERCEPÇÃO SENSORIAL	B= UMIDADE	C= ATIVIDADE	D= MOBILIDADE	E-=NUTRIÇÃO	F = FRICÇÃO E CISALHAMENTO
1. **Totalmente Limitada:** Não reage a estímulos dolorosos (nível reduzido de consciência, sedação, capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo).	1.**Completamente Molhada:** A pele sempre úmida. Detectada umidade sempre que o doente é deslocado.	1.**Acamado:** O doente está confinado à cama.	1.**Totalmente imóvel:** Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	1. **Muito pobre:** Nunca come uma refeição completa. Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético líquido ou está em jejum e/ou dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	1. **Problema:** Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Reposicionamento constante com ajuda máxima.
2. **Muito Limitada:** Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. Limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	2.**Muito Molhada:** Pele frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	2.**Confinado à cadeira:** Capacidade de marcha levemente limitada ou inexistente.	2.**Bastante limitada:** Incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	2. **Provavelmente inadequada:** Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	2. **Problema potencial:** Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira.
3.**Levemente limitada:** Sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	3.**Ocasionalmente Molhada:** A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	3. **Anda ocasionalmente:** Caminha durante o dia, curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	3. **Levemente limitado:** Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	3. **Adequada:** Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas. Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parenteral total satisfazendo a maior parte das necessidades nutricionais.	3. **Nenhum problema:** Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.
4. Nenhuma limitação	4.Raramente molhada	4. Deambula com frequência	4. Nenhuma limitação	4. Excelente	

OBSERVAÇÃO: PRESENÇA DE OUTRAS LESÕES DE PELE

Na Admissão: _____

MAE:MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO 30/08/1977 CPF 717.301.173-68
ENDEREÇO.MANOEL FELICIANO DE SOUSA,250 FONE:85333130059
BAIRRO:ZUMB; CEP:62992090
CIDADE:HORIZONTE - CE CNS:704208253573583
AGHU HUWC:20852018 Reg.
AGHU MEAC: MEAC:
001-1674350-001

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
GERÊNCIA DE RISCOS ASSISTENCIAIS
LIGAÇÃO DE RISCOS QUEDA_LESÃO DE PELE_FLEBITES
MONITORIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS/PROCEDIMENTOS INVASIVOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:		DATA NASCIMENTO:	IDADE:	PRONTUARIO:
DATA INTERNAÇÃO:	UNIDADE DE INTERNAÇÃO:		LEITO:
ORIGEM:	DIAGNÓSTICO MÉDICO:		MÊS:

1. AVALIAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

FATORES DE RISCO - Sinalize os fatores de risco presentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. História pregressa de quedas últimos 3 meses.																															
Idade acima de 65 anos.																															
3. Mobilidade reduzida/ Dificuldade para andar																															
4. Distúrbios neurológicos/Declínio cognitivo																															
5. Uso de drogas que atuam sobre o sistema nervoso central																															
6. Uso de anti-hipertensivos (1), beta bloqueadores (2), antiarrítmicos (3).	1																														
7. Uso de hipoglicemiantes (1). Dieta zero (2).																															
8. Uso de diuréticos (1). Incontinência urinária (2).																															
9. Uso de laxantes (1). Incontinência fecal (2). Diarreia (3).																															
10. Caquexia. (1). Obesidade severa (2).																															
11. Comprometimento sensorial: visão (1), audição (2), tato (3).	3																														
12. Condições clínicas: Anemia (1) Plaquetopenia (2) Dor intensa (3)																															
13 SEM FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS - Marque com X se não houver fator de risco																															
RISCO DE QUEDA - Marque com X para cada dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ALTO RISCO*																															
BAIXO RISCO**	X																														
OCORRÊNCIA DE QUEDA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SIM (1) NÃO (2)	2																														
NOTIFICAÇÃO VIGIHOSP (Marque com X o dia da notificação)																															

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

*ALTO RISCO** Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, possui pelo menos um fator de risco OU Paciente dependente de ajuda para suas atividades, anda com auxílio de pessoas ou dispositivos e com ou sem fatores de risco OU Paciente acomodado em maca, aguardando a realização de procedimentos, exames ou transferências.

*BAIXO RISCO*** Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente de ajuda de terceiros. Com ou sem fatores de risco Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

2. AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - ESCALA DE BRADEN

PRESENÇA LESÃO POR PRESSÃO NA ADMISSÃO: ( ) NÃO ( ) SIM. SE SIM: ESTÁGIO DA LESÃO _____ LOCAL DA LESÃO: _____ PROCEDÊNCIA _____

ESTÁGIO DA LESÃO: ESTÁGIO 1. ESTÁGIO 2. ESTÁGIO 3. ESTÁGIO 4. LESÃO TISSULAR PROFUNDA 5. INDETERMINADA 6.

CLASSIFICAÇÃO RISCO DE LESÃO: Considerar o somatório da pontuação atribuída a cada categoria de fatores de risco.

0. SEM RISCO (≥ 19 pontos)	1. BAIXO RISCO (15 a 18 pontos)	2. RISCO MODERADO (13 a 14 pontos)	3. RISCO ALTO (10 a 12 pontos)	4. ALTÍSSIMO RISCO (≤9 pontos)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	4																														
B	4																														
C	3																														
D	3																														
E	3																														
F	3																														
SOMA	20																														
RISCO DE LESÃO																															
OCORRÊNCIA LESÃO (1) SIM (2)NÃO	2																														
ESTÁGIO DA LESÃO																															
NOTIFICAÇÃO VIGIHOSP																															

A= PERCEPÇÃO SENSORIAL	B= UMIDADE	C= ATIVIDADE	D= MOBILIDADE	E= NUTRIÇÃO	F = FRICÇÃO E CISALHAMENTO
1. **Totalmente Limitada:** Não reage a estímulos dolorosos (nível reduzido de consciência, sedação, capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo).	1.**Completamente Molhada:** A pele sempre úmida. Detectada umidade sempre que o doente é deslocado.	1.**Acamado:** O doente está confinado à cama.	1.**Totalmente Imóvel:** Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	1. **Muito pobre:** Nunca come uma refeição completa. Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético líquido ou está em jejum e/ou dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	1. **Problema:** Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Reposicionamento constante com ajuda máxima.
2. **Muito Limitada:** Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. Limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	2.**Muito Molhada:** Pele frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	2.**Confinado à cadeira:** Capacidade de marcha levemente limitada ou inexistente.	2.**Bastante limitada:** Incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	2. **Provavelmente inadequada:** Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	2. **Problema potencial:** Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira.
3.**Levemente limitada:** Sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	3.**Ocasionalmente Molhada:** A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	3. **Anda ocasionalmente:** Caminha durante o dia, curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	3. **Levemente limitado:** Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	3. **Adequada:** Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas. Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parenteral total satisfazendo a maior parte das necessidades nutricionais.	3. **Nenhum problema:** Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.
4. Nenhuma limitação	4.Raramente molhada	4. Deambula com frequência	4. **Nenhuma limitação**	4. Excelente	

OBSERVAÇÃO: PRESENÇA DE OUTRAS LESÕES DE PELE

( ) Na Admissão: _____

( ) No decorrer da internação: _____

001-1674350-7
ANTONIO ROSA .LVA LEITO: 812
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977
CLINICA: 40550 - POSTO - CLINICA CIRURGICA I
29/08/2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPIT.
H OSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

AGHU MEAC:

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CIÊNCIA: RISCO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

As quedas são eventos que podem ocorrer em pessoas que possuem limitações e precisam de ajuda para realizar algumas atividades. Podem agravar o quadro de saúde do paciente, provocando fraturas, sangramentos, ferimentos na pele, traumas na cabeça, situações que prolongam o período de internação e até mesmo podem levar a morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ; 2013).

Durante o período de internação, devido ao uso de algumas medicações e fragilidade física do paciente, dentre outros fatores, as quedas podem acontecer mais frequentemente. Por esse motivo foi realizada a avaliação para definir o RISCO DE QUEDA do sr(a) _____

Dessa forma estão abaixo descritas as orientações a serem seguidas para reduzir o risco de queda:

(X) Usar calçados antiderrapantes e utilização de luz de cabeceira durante a noite.
(X) Não se levantar subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura.
(X) Toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem ou com acompanhamento de membro da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
(X) Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento do fisioterapeuta.
(X) Manter grades de cama elevadas durante todo o período.
(X) Manter ao alcance pertences e objetos mais utilizados.
(X) Informar à enfermagem o período em que o paciente permanecerá sem acompanhante.

TOTAL DE ITENS MARCADOS 7

_____
Enfermeiro/COREN

Eu _____ declaro que recebi os esclarecimentos e estou ciente a respeito do risco de queda que pode ocorrer durante o período de internação.

Sendo assim, informo que fui instruído a seguir as recomendações prescritas a fim de prevenir quedas e possíveis danos decorrentes desse incidente.

Declaro ainda que recebi o FOLDER de orientações para PREVENÇÃO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR no momento da minha chegada a esta unidade e entendi o RISCO DE QUEDA avaliado, bem como as informações que me foram fornecidas.

Fortaleza ___/___/___

Assinatura paciente

_____
Assinatura acompanhante (grau de parentesco)

Registro de Controles do Paciente - Controle Hidrico

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO ROSA DA SILVA
Nome Social:
Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Data de Nascimento: 30/08/77 00:00
Cartão do SUS: 704208253573683
Especialidade CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO- **Prontuário:** 2085201/8

2. Controles do Paciente - Período de 30/08/2019 às 06:33 hs até 31/08/2019 às 06:33 hs.

	Portovac D (ml)	Anotações	Profissionais
31/08 05:59	30	Sem diurese,no decorrer do período.	Informado por: NILDE MARIA LOPES RODRIGUES. COREN: 61467 às 06: 01

3. BALANÇO HÍDRICO

Total de Volumes Administrados:	0,00
Total de Volumes Eliminados:	30,00
Balanço Hídrico:	-30,00

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC

Registro de Controles do Paciente

31/08/2019 06:33:59

Identificação

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade:

Leito: ENF080812

2085201/8

Registro de Controles do Paciente - Monitorização

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO ROSA DA SILVA
Data de Nascimento: 30/08/77 00:00
Nome Social:
Cartão do SUS: 704208253573583
Unidade: SALA DE RECUPERAÇÃO
Especialidade CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO- **Prontuário:** 2085201/8

2. Controles do Paciente - Periodo de 30/08/2019 às 06:33 hs até 31/08/2019 às 06:33 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	DOR.	Decubito	Náuseas	PAM (mmHg)	MODO	SpO2 (%)	
30/08 15:40	105	***57***	71	14	35		Dorsal 30° POI	Não	73	Espontâneo em Ar Ambiente	100	
30/08 16:40	***87***	***58***	76	17	36	0	Dorsal 30° POI	Não		Espontâneo em Ar Ambiente	96	
30/08 20:00	109	62	78	18	36							
30/08 23:12												
31/08 06:14												

	Anotações	Profissionais
30/08 15:40		Informado por: TATIANA BARROS DE SOUZA MARQUES. COREN: 575556 às 16:12
30/08 16:40		Informado por: NAGELA DE VASCONCELOS PINHEIRO, COREN. 658876 às 16:59
30/08 20:00		Informado por: NILDE MARIA LOPES RODRIGUES. COREN: 61467 às 23: 11
30/08 23:12	Consciente, orientado, pós operatório de Osteossíntese e complexo Zigomático. hidratação venosa em curso, evolui com náuseas , medicado, segue sob observação, não apresenta diurese no momento, dreno de portovac sob vácuo. eliminando secreção sanguinolenta, ainda não foi mensurada no decorrer do periodo.	Informado por: NILDE MARIA LOPES RODRIGUES. COREN: 61467 às 23: 18
9 06:14	Permanece sem diurese no decorrer do periodo.enfermeiras ciente.	Informado por: NILDE MARIA LOPES RODRIGUES, COREN: 61467 às 06: 16

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO - UFC

Registro de Controles do Paciente

Identificação

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade:

Leito: ENF080812

2085201/8

Registro de Controles do Paciente - Monitorização

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO ROSA DA SILVA
Nome Social:
Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Data de Nascimento: 30/08/77 00:00
Cartão do SUS: 704208253573583
Especialidade CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO- **Prontuário:** 2085201/8

2. Controles do Paciente - Período de 31/08/2019 às 06:32 hs até 01/09/2019 às 06:32 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	DOR.	Decubito	Náuseas
31/08 09:00	100	62	78	17	36	0	0	Não
31/08 14:00	120	80	95	17	36,5	0	0	Não
31/08 22:39	120	70	88	20	36			

	Anotações	Profissionais
08 09:00	PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, QUEIXOU-SE DE DOR. ADMINISTRADO TRAMAL CPM.	Informado por: FRANCISCO PAULO GUEDES DA SILVA, COREN 352120 às 11:40
31/08 14:00	PACIENTE SEGUE SEM PRESCRIÇÃO DE HOJE. SEGUE AOS CUIDADOS	Informado por: FRANCISCO PAULO GUEDES DA SILVA, COREN. 352120 às 17:54
31/08 22:39	Consciente,orientado,verbalizando,aceita a dieta oferecida,renovado acesso periférico em MSD com jelco 20,medicado para dor conforme prescrição médica,diurese presente,segue em observação de enfermagem.	Informado por: FRANCISCA STERMIZIA RABELO NUNES, COREN: 57067 às 22:39

FRANCISCA STERMIZIA RABELO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
SIAPE 2301277
COREN/CE 57067
EBSERH

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Identificação

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade:

Registro de Controles do Paciente - Monitorização

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO ROSA DA SILVA
Nome Social:
Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Data de Nascimento: 30/08/77 00:00
Cartão do SUS: 704208253573583
Especialidade CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO- **Prontuário:** 2085201/8

2. Controles do Paciente - Período de 01/09/2019 às 06:34 hs até 02/09/2019 às 06:34 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (rrpm)	Tax (°C)	
01/09 08:00	120	80	90	20	36	
01/09 11:56						
01/09 14:00	130	70	90	20	36	
01/09 18:34						
01/09 20:00	***141***	88	98	20	36,2	
02/09 06:00						

	Anotações	Profrssionais
01/09 08:00		Informado por: NILDF MARIA LOPES RODRIGUES, COREN: 61467 às 11: 36
01/09 11:56	Consciente. orientado, acesso venoso mantido, diurese presente higienizado,evolui sem queixas, retirado dreno de portovac pelo médico do serviço. diurese presente ,segue sob observação.	Informado por: NILDF MARIA LOPES RODRIGUES, COREN: 61467 às 12: 04
01/09 14:00		Informado por: NILDE MARIA LOPES RODRIGUES, COREN: 61467 às 18: 18
01/09 18:34	Consciente orientado, hidratação venosa em curso, diurese presente, permanece com tamponamento nasal ,segue sob observação.	Informado por: NILDF MARIA LOPES RODRIGUES, COREN: 61467 às 18: 36
01/09 20:00		Informado por: MARIA DAS DORES DA SILVA, COREN: 1048189 às 20: 17
02/09 06:00	Consciente orientado deambula verbaliza acesso periférico no M.S.D. refere dor intensa fazendo uso de compresso gelada .	Informado por: MARIA DAS DORES DA SILVA, COREN: 1048189 às 06: 33

ERIKA BRITO DOS SANTOS
ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL
SIAPE 2203640
COREN/CE 133707
EBSERH

MARIA DAS DORES DA SILVA
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
SIAPE 293937
COREN/CE 1048189
UFC

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO - UFC

Registro de Controles do Paciente

Identificação

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade:

Leito: ENF080812

2085201/8

Registro de Controles do Paciente - Monitorização

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO ROSA DA SILVA

Nome Social:

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I

Data de Nascimento: 30/08/77 00.00

Cartão do SUS: 704208253573583

Especialidade CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO- **Prontuário:** 20852018

2. Controles do Paciente - Período de 29/08/2019 às 06:08 hs até 30/08/2019 às 06:08 hs.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	FR (mpm)	Tax (°C)	DOR	Decubito	Náuseas	
29/08/2019 06:00		[illegible]	80	20	36				
29/08/2019 22:23									
30/08/2019 06:07		[illegible]	74	16	35,4	0	Dorsal 30°	Não	

	Anotações	Profissionais
29/08/2019 06:00		Informado por: MARIA DAS DORES DA SILVA, COREN: 1048189 às 21:09
29/08/2019 22:23	Referiu dor foi comunicada a plantonista que prescreveu dipirona foi administrado .	Informado por: MARIA DAS DORES DA SILVA, COREN: 1048189 às 22:24
30/08/2019 06:07		Informado por: ANTONIO IRAN MAIA FILHO, COREN: 115151 às 06:28

Registro de Controles do Paciente

Identificação

ANTONIO ROSA DA SILVA

Unidade:

Leito: ENF080812

20852018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

EBSERH

DATA: 30 / 8 / 16
NOME:
SEXO: ___ IDADE: ___
DIAGNÓSTICO:
CIRURGIA PROPOSTA

SOCIAL:
CIVIL: ANTONIO ROSA DA SILVA
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977
ENDEREÇO: MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259
BAIRRO: ZUMBI
CIDADE: HORIZONTE - CE
AGHU HUWC: 20852018 Reg.
AGHU MEAC:
001-1674350-001
CPF: 717.301.173-68
FONE: 85992138069
CEP: 62882090
CNS: 704209253673583
MEAC:

COMORBIDADES	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Cirurgias e anestesias prévias / intercorrências		X	
Problemas anestésicos na família			
Hemotransfusão		X	
Aceita receber transfusão de sangue	X		
Tabagismo / cigarros / tempo		X	
Etilismo / tempo	X		
U de drogas ilícitas		X	
Alergias		X	
Sistema Cardiovascular	X		HAS
Capacidade Funcional			(X) > ou = 4 METS ( ) < ou = 4 METS
Sistema Respiratório		X	
Sistema Endócrino		X	
Sistema Hepático / Digestivo		X	
Sistema Urogenital / Renal		X	
Sistema Neurológico		X	
Sistema Hematológico		X	
Uso de anticoagulantes		X	
Está grávida? DUM ?		X	
Sente dor relacionada à doença atual?		X	
Outras comorbidades			
Medicações em uso:			losartana 100
			enalapril

E ME FÍSICO

PESO: 78 ALTURA: ___ IMC: ___ PA: ___ PULSO: ___
ASA: ___

VIA AÉREA	Mallampati:	Mobilidade do pescoço:	Distância esterno-mento:
	Abertura da boca:	Distância tireo-mento:	Circunferência do pescoço:
	Dentição:		
SCV			
SR			
OUTROS			

EXAMES Data:	Hb: 12	Na+:	Glicemia: 95	INR: 1,17	Ur:	Ca:
	Ht:	K+:	Plaquetas: 300.000	TTPa: 34,7	Cr:	Outros:

ECG – data: normal
ECO – data:
RXTÓRAX - data:
PARECER CARDIOLÓGICO

LIBERADO:
ORIENTAÇÕES

ETORNO (/ /)

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

O presente termo tem o dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e ou responsável pelo médico anestesiologistas dos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao(s) qual(is) será submetido.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE

Autorizo o(a) Dr(a) Flavio Jose Araujo ou outro anestesiologista por ele indicado a realizar o procedimento anestésico ou outros que considere necessário frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, inclusive transfusão de sangue. A proposta do procedimento anestésico a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos inerentes, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente. Tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente e de receber esclarecimentos necessários a minha compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual serei submetido. Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e hábitos nas informações que forneci e que foram transcritas para a ficha de avaliação pré-anestésica. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, que o anestesiologistas exerce atividade de meio, mas, que o mesmo obriga-se a prestar seus serviços com zelo e diligência, utilizando todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, em busca dos melhores objetivos possíveis. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi dada a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

RISCOS ADICIONAIS ESPECÍFICOS DO PACIENTE:

SOCIAL:
CIVIL:ANTONIO ROSA DA SILVA
MAE:MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO:30/08/1977 CPF:717.301.173-68
ENDERECO:MANOEL FELICIANO DE SOUSA,259 FONE:85992138069
BAIRRO:ZUMBI CEP:62882090
CIDADE:HORIZONTE - CE CNS:704208253573683
AGHU HUWC:20852018 Reg.
AGHU MEAC: MEAC:
001-1674350-001

PACIENTE/RESPONSÁVEL

NOME:

GRAU DE PARENTESCO:

DOC DE IDENTIDADE:

ASSINATURA:

DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA:

Expliquei o procedimento anestésico ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

MÉDICO(A) ANESTESIOLOGISTA: Flavio Jose Araujo

CRM: 1136

ASSINATURA:

FORTALEZA, 30 / 8 / 15

SOCIAL:
CIVIL: ANTONIO ROSA DA SILVA
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977 CPF 717.301.173-68
ENDEREÇO: MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259 FONE: 85992-38059
BAIRRO: ZUMBI CEP: 62882090
CIDADE: HORIZONTE - CE CNS: 704208253573583
AGHU HUWC: 20852018 Reg.
AGHU MEAC: MEAC:
001-1674350-001

UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - CIRURGIA SEGURA - *check list*

_____ Ala: _____ Leito: _____ Prontuário: _____

_____ Data: _____ Especialidade _____ SO _____

Início cirurgia _____ Término cirurgia _____ Horário de transferência do paciente:

Início anest _____ Término anest _____ SR _____ Amb _____ Enfermaria _____

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO,

Paciente confirmou:

(X) Identificação
(X) Jejum
( ) Cirurgia a ser realizada _____
(X) Retirada de adornos
(X) Esvaziamento de bexiga

Paciente inconsciente/entubado ( )

Checado:

(X) Consentimento assinado
( ) Avaliação pré-anestésica documentada
Banho antisséptico pré-operatório
( ) PVPI (X) Clorexidina
Demarcação de sítio cirúrgico (X) Sim ( ) Não ( ) NA
Exames de Imagens: Laudo ( ) Película (X)
( ) Paciente tem **ALERGIA**
_____
(X) Checado material cirúrgico/OPME
(X) Checado material anestésico
( ) Uso de anticoagulante _____
( ) Risco de perda sanguínea
( ) Confirmado reserva com _____
( ) Não – providenciado às _____ hs
( ) Necessita de vaga de UTI
( ) Checado reserva com _____

NA SALA DE CIRURGIA

( ) Profissionais da equipe confirmados
Cirurgião _____
Auxiliar de cirurgia _____
Anestesista _____
Enfermeiro _____
Instrumentador _____
Circulante _____
Residentes _____
Confirmado: (X) Identificação do paciente
Cirurgia Proposta _____

Gerenciamento de riscos:

Há risco de vias aéreas difícil? Não ( ) Sim ( )
Disponível material de intubação difícil (X)
Administrado antibiótico profilático?
Não ( ) Sim ( ) _____ H _____
Segunda dose do ATB profilático, de acordo com protocolo de antibioticoprofilaxia
( ) NA Não( ) Sim( ) H _____
Problemas com esterilização?
Não ( ) Sim ( ) _____
Problemas com equipamentos? Não( ) Sim( )
Uso do colchão térmico/manta térmica?
Não ( ) Sim ( ) T _____ °C
Início anestesia: [illegible]
Término anestesia: liberação para a SR/Amb/ Enfermaria
Início cirurgia: abertura de campo
Término da cirurgia: realização do curativo

ANTES DE DEIXAR A SALA CIRÚRGICA

Enfermagem confirma com a equipe:

Cirurgia realizada
_____
(X) Contagem de compressas, instrumentais e agulhas
( ) Peças cirúrgicas identificadas/acondicionadas adequadamente. Nº _____
(X) Avaliado condições de acesso venoso

Enfermagem inspeciona:

Houve lesão de pele relacionada ao uso do bisturi elétrico/ato operatório?
Não (X) Sim ( ) _____

Não conformidades detectadas:

- ☐ sem SAE pré-operatória
- ☐ falhas de infra-estrutura (vazamentos, elétricas, climatização, etc)
- ☐ cirurgia suspensa em sala

_____
_____
_____
_____

Elaborado em 2013: Simone S. Magalhães; Isiane C. Ramos; Maria José S. Caetano; Elisa Barbosa; Patricia Alves. **Revisado** em 17/05/2016: Joseana T. M. Falcão, Francimary de Alencar Campos

SOCIAL:
CIVIL: ANTONIO ROSA DA SILVA
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977 CPF: 717.301.173-68
ENDEREÇO: MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259 FONE: 85992138069
BAIRRO: ZUMBI CEP: 62882090
CIDADE: HORIZONTE - CE CNS: 704208253573583
AGHU HUWC: 20852018 Reg.
AGHU, MEAC: . MEAC:
Pa 001-1674350-001

Universidade Federal do Ceará
Hospital Universitário Walter Cantídio

SAL 04

IO OPERATÓRIO

Prontuário:

Leito: 812 Data: 30/08/2019.

Início: 8:30 Término: 15:20

Cirurgião: Dr. Eduardo Studart. Auxiliar: —

Anestesiologista: Dr. Flávio Anestesia: Geral

Residentes: Romele / Jéssica / Nunes. Circulante: Regane / Silviana.

Enfermeiro: Bosco.

Instrumentador: Thiago

MATERIAIS UTILIZADOS/OPME:

02 placas retas 04 furos 1.5mm + 01 placa reta 06 furos 1.5mm + 01 placa orbital 06 furos 1.5mm + 01 placa em "Y" direita 04 furos 2.0mm + 01 placa inf "Y" 05 furos 2.0mm + 01 placa orbital 06 furos 2.0 mm + 01 placa reta 08 furos cortada 01 7.0 mm

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Fratura de face CID: S0214

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: CID:

CIRURGIAS REALIZADAS:	CÓDIGOS SIGTAP (SUS):
Osteossíntese de fratura COZM	04.04.02.052-6

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

MATERIAIS ENVIADOS PARA PATOLOGIA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

Paciente em DDH + Anestesia geral + Intubação Submentoniana;
② Antissepsia extensa com clorexidina a 12% e 2%, naparcinomente;
③ Aparação dos campos operatórios + Tampão nasofaríngeo;
④ Anestesia local infiltrativa com Bupivacaína 3% (3ml + 7ml de SF 0.9%) em região Supraorbitária da área frontal e Extensão do osso zigomático;
⑤ Acesso coronal com descolamento mucoperiostal de espessura total;
⑥ Acesso Subtarsal e intra-oral Superior com exposição do osso.
⑦ Redução com 01 placa orbital 06 furos 1.5mm + 01 placa reta 04 furos 1.5mm + 1 placa em "Y" 04 furos 2.0mm + 1 placa "Y" 5 furos 2.0mm + 1 placa orbital 06 furos 2.0mm + 1 placa reta 08 furos cortada 01 furo 2.0mm + 01 placa reta 04 furos 1.5mm + 19 parafusos 1.5mm + 19 parafusos 2.0mm
⑧ Bloqueio maxilomandibular com 06 parafusos 2.0mm. Remover no trans-operatório.
⑨ Sutura com Nylon 5-0 + monocryl 4-0 e 2-0 + Vycril 4-0 + Nylon 2-0.
⑩ Extubação + paciente encaminhado p/ SR.

Eduardo Costa Gadart Soares
Cirurgião Buco Maxilo Facial
HUWC - CRO CE - 2356

Assinatura do Cirurgião

José Nunes Carneiro Júnior
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residente HUWC - CROCE 9[illegible]

Residente de Cirurgia

REGISTRO ANESTÉSICO

Data: __/__/__

Nome: ANTONIO ROSA DA SILVA Idade: __ Peso: __ Sexo: M

Cirurgia realizada: __ ASA: I Jejum: __ horas

Exame pré - op: Hb: 11 K+: __ Cr: __ Plaquetas: __ Exames alterados: __

Co-morbidades: __ Medicações: __ Alergias: __ MPA: ☐ Clonidina ☐ Midazolan

Nº Prontuário: 001-1674350-001

Hora																
ANESTÉSICOS																
Cristalóides																
Hemocomponentes																
SpO2																
ETCO2																
PVC																
DIURESE																
PA / PAM																
FC																
FR																
TEMP																
CRUR																
ANEST																

MEDICAÇÕES

OBSERVAÇÕES

ACESSOS VENOSOS

VIA AÉREA
- ☒ IOT Nº
- ☐ INT Nº
- ☐ Máscara Laríngea

CUIDADOS ADICIONAIS
- ☒ Proteção Ocular
- ☐ Sonda Gástrica
- ☒ Sonda Vesical

MONITORIZAÇÃO
- ☒ Cardioscópio
- ☒ Oximetro
- ☒ Capnógrafo
- ☒ PANI
- ☐ PAM
- ☐ Temperatura
- ☐ Estimulador de Nervos
- ☐ BIS

ANESTESIA
- ☒ Geral
- ☐ Combinada
- ☐ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio periférico
- ☐ Infiltração Local
- ☐ Geral venosa (sedação)

VENTILAÇÃO PCV
- ☐ Espontânea
- ☒ Mecânica
- ☐ VC
- ☐ FR 12
- ☐ PMAX
- ☐ PEEP
- ☐ REL. I/E 1:2

RAQUIANESTESIA
- ☐ Punção mediana
- ☐ Punção paramediana
- ☐ Punção única
- ☐ Punções múltiplas
- ☐ Punção traumática
- ☐ Punção atraumática

AGULHA
- ☐ 25G ☐ 26G ☐ 27G

Volume ___ ml

OPIÓIDE NA RAQUI
- ☐ Morfina
- ☐ Sufentanil
- ☐ Fentanil

Nível do bloqueio ___

ANEST. __ RESID. ANEST. __ CIRUGIÃO __

Hospitais Universitários

RECUPERAÇÃO PÓS - ANESTÉSICA

Data: ___/___/___

Nome: _____ Idade: ___ Peso: _____ Sexo: _____

Cirurgia realizada: _____

Nº Prontuário: _____

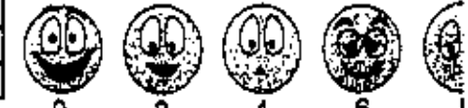
ANESTESISTA: _____ RESID. ANEST: _____ CIRURGIÃO: _____

HORA	PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	GLICEMIA	SpO_2	ESCALA / DOR	OBSERVAÇÕES
19								
19 40								

	HORA	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS			
		ORAL	PARENTERAL	HEMOCOMPONENTES	TOTAL	SNG	DRENO	DIURESE	OUTROS
BALANÇO HÍDRICO									

	HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO_2	TOTAL
ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK							

ESCALA ANALÓGICA FAC... DA...



0 2 4 6

0-10 ESCALA NUMÉRICA DE INTENSIDAD...

0 1 2 3 4 5 6 7

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Dr. Nelson Bruno Neto
Médico Anestesiologista
CRMEC 70...

HORA ALTA SR: _____

ANESTESIOLOGISTA: ENFERMEIRO (A):

REGISTRO ANESTÉSICO

Data: / /

Nome: SOCIAL:
CIVIL: ANTONIO ROCA DA SILVA
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977 CPF: 717 301 3-68
ENDEREÇO: MANOEL FELICIANO DE SOUSA 255 FONE: 85992138069
BAIRRO: ZUMBI CEP: 62882090
CIDADE: HORIZONTE - CE CNS 704208253579583
AGHU HUWC: 20852018 Reg.
AGHU MEAC: MEAC:
001-1674350-001

Cirurgia
Exame
Co-morb

Idade: Peso: Sg.

ASA: Jejum: horas

Exames alterados:

Alergias: MPA: ☐ Clonidina ☐ Midazolan

Nº Prontuário:

ACESSOS VENOSOS

VIA AÉREA
- ☐ IOT Nº
- ☐ INT Nº
- ☐ Máscara Laríngea

CUIDADOS ADICIONAIS
- ☐ Proteção Ocular
- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Sonda Vesical

MONITORIZAÇÃO
- ☐ Cardioscópio
- ☐ Oxímetro
- ☐ Capnógrafo
- ☐ PANI
- ☐ PAM
- ☐ Temperatura
- ☐ Estimulador de Nervos
- ☐ BIS

ANESTESIA
- ☒ Geral
- ☐ Combinada
- ☐ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio periférico
- ☐ Infiltração Local
- ☐ Geral venosa (sedação)

VENTILAÇÃO
- ☐ Espontânea
- ☒ Mecânica
- ☐ VC
- ☐ FR
- ☐ Pi MAX
- ☐ PEEP
- ☐ REL. I/E

RAQUIANESTESIA
- ☐ Punção mediana
- ☐ Punção paramediana
- ☐ Punção única
- ☐ Punções múltiplas
- ☐ Punção traumática
- ☐ Punção atraumática

AGULHA
☐ 25G ☐ 26G ☐ 27G
Volume ml

OPIOIDE NA RAQUI
- ☐ Morfina
- ☐ Sufentanil
- ☐ Fentanil

Nível do bloqueio

ANESTÉSICOS

Hora																
O_2																
Cristaloides																
Hemocomponentes																
SpO_2																
$ETCO_2$																
PVC																
DIURESE																
V_A PA																
TPAM																
PVC																
O FR																
TEMP																
● CRUR																
X ANEST																

MEDICAÇÕES

OBSERVAÇÕES

ANEST. RESID. ANEST CIRUGIÃO

Hospitais Universitários

RECUPERAÇÃO PÓS - ANESTÉSICA

Data: / /

Nome: Idade Peso Sexo:

Cirurgia realizada:

Nº Prontuário:

ANESTESISTA: RESID. ANEST: CIRURGIÃO:

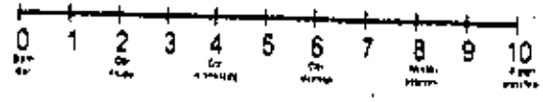
HORA	PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	GLICEMIA	SpO_2	ESCALA / DOR	OBSERVAÇÕES

	HORA	ADMINISTRADOS				ELIMINADOS				
		ORAL	PARENTERAL	HEMOCOMPONENTES	TOTAL	SNG	DRENO	DIURESE	OUTROS	TOTAL
BALANÇO HÍDRICO										

	HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO_2	TOTAL
ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK							

ESCALA ANALÓGICA FACIAL DA DOR

0-10 ESCALA NUMÉRICA DE INTENSIDADE DA DOR



OBSERVAÇÃO MÉDICA

HORA ALTA SR:

ANESTESIOLOGISTA: ENFERMEIRO (A):

HUWC
Centro Cirúrgico

STAT Profile PrimePlus
Full Panel
Resultados de Sangue
30-08-2019 10:59

Analisado em 30-08-2019 10:57
ID do Analisador PP1818130C
ID do Operador

Pressão Barométrica 761 1 mmHg
ID do Paciente J
FIO2% 20 9 %
Temperatura do Paciente °C 37 0

J - Seringa - Arterial

Teste	Valor	Unidades
pH	7.485	
pCO2	27 8	mmHg
pO2	295 0	mmHg
SO2	99	%
Hct	33	%
tHb	10.9	g/dL
Na	137 8	mmol/L
K	3 78	mmol/L
Cl	108 4	mmol/L
iCa	1.05	mmol/L
iMg	0 43	mmol/L
Glu	164	mg/dL
Lac	3.2	mmol/L
O2Hb	97 8	%
COHb	0 5	%
MetHb	1 1	%
HHb	0 6	%
tBil	0.7	mg/dL
HbF	1 7	%
TCO2	32 0	mmol/l

Calculado

Teste	Valor	Unidades
BE-ecf	-2.5	mmol/L
BE-b	-0.6	mmol/l
SBC	23.8	mmol/L
HCO3	21.1	mmol/L
O2Cap	14 6	mL/dL
O2Ct	15 6	mL/dl
A	115 9	mmHg
a/A	2 5	
pO2/FIO2	1411 4	mmHg
nCa	1.10	mmol/L
nMg	0 46	mmol/L
Gap(K)	17 0	mmol/L
nCa/nMg	2 4	mol/mol
CaO2	15.4	mL/dL

HUWC
Centro Cirúrgico

STAT Profile PrimePlus
Full Panel
Resultados de Sangue
30-08-2019 13:45

Analisado em 30-09-2019 13.42
ID do Analisador PP1818130C
ID do Operador

Pressão Barométrica 759 7 mmHg
ID do Paciente Ant rosa - Seringa
FIO2% 20.9 %
Temperatura do Paciente °C 37 0

Ant rosa - Seringa - Arterial

Teste	Valor	Unidades
pH	7 436	
pCO2	30 0	mmHg
pO2	331 7	mmHg
SO2	99	%
Hct	33	%
tHb	10.4	g/dL
Na	137 2	mmol/l
K	3 77	mmol/l
Cl	110.7	mmol/L
iCa	0 85	mmol/L
iMg	0 35	mmol/L
Glu	171	mg/dL
Lac	3 6	mmol/l
O2Hb	98 4	%
COHb	0 4	%
MetHb	0 7	%
HHb	0.5	%
tBil	0 6	mg/dL
HbF	1 1	%
TCO2	21 3	mmol/L

Calculado

Teste	Valor	Unidades
BE-ecf	-4 0	mmol/l
BE-b	-3 4	mmol/L
SBC	22 5	mmol/L
HCO3-	20 4	mmol/L
O2Cap	14 3	mL/dL
O2Ct	15.4	mL/dL
A	113 0	mmHg
a/A	2 9	
pO2/FIO2	1586.9	mmHg
nCa	0 87	mmol/L
nMg	0 36	mmol/L
Gap(K)	9 8	mmol/L
nCa/nMg	2 4	mol/mol
CaO2	15.2	mL/dL

SOCIAL:
CIVIL: ANTONIO ROSA DA SILVA
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977 CPF: 717.301.173-68
ENDEREÇO: MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259 FONE: 85992138069
BAIRRO: ZUMBI CEP: 62882090
CIDADE: HORIZONTE - CE CNS: 704208253573583
AGHU HUWC: 20852018 Reg.
AGHU MEAC: MEAC:
001-1674350-001

Universidade Federal do Ceará
Hospital Universitário Walter Cantídio
Serviço de Farmácia

SALA: 04

Data: 30/08/2019
Idade: 41a
Prontuário:
Procedimento Cirúrgico: Histerectomia de grande porte
Início/Fim: 8:30 / 12:45
Antibiótico utilizado: Keflend Dose: 2g / 1g Hora da administração: 8:15 / 12:45
Anestesia: Geral Início: 7:40 Fim: 13:00
Cirurgião: Dr Eduardo Studart Residente: Kamila / Jessica / Nunes
Anestesista: Dr Alexandre Enfermeiro: Bosco
Instrumentador: Thomas
Circulante: Aline / Nobrega / Alexandro / Pereira (13h)

	FIOS DE SUTURA		
24908	AÇO 4 C/AG 4,8CM-CORT.		
37373	AÇO 5 C/ AG 4,7CM-CORT.		
38140	ALGODÃO 0 S/ AG		
62790	ALGODÃO 2 0 C/ AG 3,0 CIL		
38132	ALGODÃO 2-0 C/ AG 3,0CM CORT		
38159	ALGODÃO 2-0 S/ AG	1	
38167	ALGODÃO 3-0 S/ AG		
66637	CAPROFYL 4-0 C/ AG 1,5CM-CIL		
66634	CAPROFYL 0 C/ AG 3,0 CM-CIL		
66	CAPROFYL 2-0 C/ AG 2,5CM-CIL		
66636	CAPROFYL 2-0 C/ AG 3,0CM-CIL		
66633	CAPROFYL 3-0 C/ AG 3,5CM-CIL		
24999	CERA P/ OSSO		
601082	ETHIBOND 2 C/ 1 AG 4,0CM		
63112	ETHIBOND 5 C/ AG 1/2		
25375	ETHIBOND 2-0 S/ ALM		
37085	ETHIBOND 2-0 C/ ALM		
62798	FIO DE AÇO N°1	1	
25404	FIO P/ MARCAPASSO		
24794	FITA CARDÍACA		
24956	KIT CATARATA (OFTALMO)		
66638	MONOFYL 4-0 C/ AG 2,5CM-CIL	1	
66345	MONOFYL 3-0 C/ AG 2,5CM-CIL		
63871	NYLON 0 ESPECIAL		
53808	NYLON 2-0 C/ AG 2,5CM-CORT	☑	
66695	NYLON 2-0 C/ AG 3,0CM-CIL		
53794	NYLON 3,0 C/ AG 2,4CM-CORT		
560080	NYLON 3-0 C/ AG 2,0CM-CORT		
524832	NYLON 4-0 C/ AG 2,0CM-CORT		
560	NYLON 4 0 C/ AG 2,4CM-CORT	☐	
248	NYLON 5-0 C/ AG 1,5CM-CORT		
560081	NYLON 6-0 C/ AG 1,65CM-CORT		
563567	NYLON INCOLOR. 4-0 C/ AG 1,95CM-CORT		
574315	PDS 6		
560094	POLIÉSTER BRANCO 5-0 (MERSILENE 5-0)		
558192	PROLENE 0 C/ AG 4,0 CM-CIL		
558184	PROLENE 2-0 C/ AG 2,5 CM-CIL		
560089	PROLENE 3-0 C/ 2 AG 2,0 CM		
525200	PROLENE 3-0 C/ 2 AG 2,5CM		
560096	PROLENE 3-0 C/ 2 AG 3,0CM		
537853	PROLENE 4-0 C/ 2 AG 1,5 CM		
560088	PROLENE 4-0 C/ 2 AG 2,0 CM		
525308	PROLENE 5-0 C/ 2 AG 1,5 CM		
524883	PROLENE 6-0 C/ 2 AG 1,3CM		
525219	PROLENE 7-0 C/ 2 AG 1,0 CM		
565647	SEDA PRETA 2-0 C/ AG 3,0 CM-CIL		
524930	SEDA PRETA 3-0 C/ AG 3,0 CM-CIL		
	VICRYL 4-0 C/ AG 1,5 CM-CIL		
574318	VICRYL 4-0 C/ AG 2,2 CM-CIL	☐	
574301	VICRYL 2-0		
525227	VICRYL 5-0 C/ 2 AG 0,87 CM ESP		
559822	VICRYL 6-0 C/ 2 AG 0,87 CM ESP		

Vicryl 4-0 — 1
Vicryl 2-0 — 1

	MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR		
520420	AGULHA 13 x 4,5MM	1	
520934	AGULHA 25 x 8MM		
520985	AGULHA 30 x 7MM	☑	
520250	AGULHA 40 x 12MM	1	
537713	AGULHA PARA PERIDURAL N° 16		
563046	AGULHA PARA PERIDURAL N° 17		
523062	AGULHA PARA PERIDURAL N° 18		
550264	AGULHA PARA RAQUE N° 26		
537683	AGULHA PARA RAQUE N° 27		
564671	CAPA PARA VIDEO		
537721	CATETER DE PERIDURAL		
557730	CLIPES DE TITÂNIO LT 200		
525830	CLIPES DE TITÂNIO LT 300		
534374	CLIPES DE TITÂNIO LT 400		
520403	COLETOR DE URINA SIST. FECHADO	1	
581834	COMPRESSAS GRANDE pct	☐ ☑ ☐	
	COMPRESSAS PEQUENAS		
563079	EQUIPO MACRO-GOTAS PARA SORO		
522406	EQUIPO P/ BIC COMUM		
523917	EQUIPO P/ BIC FOTOSENSÍVEL		
533165	ESPARADRAPO COMUM 5CM x 4,5M	☑	
521159	ESPARADRAPO MICROPRE 25 x 10M	☑	
585037	FRASCO ESTERIL 50ML		
570233	FRASCO NÃO ESTERIL 70/80 ML		
570231	FRASCO PARA BIOPSIA ESTERIL 70/80ML		
566709	GAZE	☑ ☐ ☐	
568902	HEMOLOCK		
522040	LÂMINA DE BISTURI 11		
522058	LÂMINA DE BISTURI 15	☐	
522147	LÂMINA DE BISTURI 22		
522279	LÂMINA DE BISTURI 24	☐	
573342	LUVA ESTÉRIL N° 6,5	☐	
340294	LUVA ESTÉRIL N° 7	☑ ☑	
340286	LUVA ESTÉRIL N° 7,5	☑ ☐	
340308	LUVA ESTÉRIL N° 8		
340472	LUVA PARA PROCEDIMENTO		
567534	PLACA DE BISTURI	1	
582002	SERINGA 10ML	1	
521485	SERINGA 10ML		
520373	SERINGA 1ML COM AGULHA		
570382	SERINGA 20 ML	☐ ☐ ☐	
574451	SERINGA 20ML		
522244	SERINGA 3ML		
520390	SERINGA 5ML		
520381	SERINGA 5ML		
567599	SERINGA 60ML COM BICO		
575366	SERINGA 60ML COM ROSCA		
585171	SILICONE(LÁTEX)	☐	
520241	TORNEIRINHA 3 VIAS		
575331	TRANSOFIX	1	
	SONDA DE FOLEY (2 VIAS) Nº 1/1	1	
	SONDA DE FOLEY (3 VIAS) Nº		
	SONDA NASOGÁST. LONGA N°		

Gaze cirúrgica — ☐

	MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR	
	TRAQUEOSTOMO Nº	
521108	SONDA DE ASP. TRAQUEAL Nº 10	
521140	SONDA DE ASP.TRAQUEAL Nº 12	
521841	SONDA DE ASP. TRAQUEAL Nº 14	
520829	SONDA DE ASP. TRAQUEAL Nº 16	
521272	SONDA DE ASP. TRAQUEAL Nº 18	
	SONDA URETERAL Nº	
	SONDA RETAL Nº	
	DRENO PENROSE Nº	

	MEDICAMENTOS	
441031	CEFALOTINA 1G	
455806	CEFAZOLINA SÓDICA 1G FA	
440701	HEPARINA SÓDICA 5000UI/ML-FA 5ML	
442011	LIDOCAÍNA 2% COM ADRENAL-20ML	
441996	LIDOCAÍNA 2% SEM ADRENAL 20ML	
441970	LIDOCAÍNA 2% SEM ADRENALINA- 5ML	
442046	LIDOCAÍNA GELÉIA 2%- BISN COM 39G	
441007	GENTAMICINA - AMP	
	SOLUÇÕES	
559946	SOL. FISIOLÓGICA 0,9% 500ML	
559938	SOL.FISIOLÓGICA 0,9% 250ML	
563636	SOL. FISIOLÓGICA 100ML	
573227	ÁGUA DESTILADA 1000ML	

	MATERIAIS ESPECIAIS		LOTE
521060	BOLSA DE COLOSTOMIA SIMPLES		
560297	BOLSA DE COLOSTOMIA KARAYA		
566095	DUPLO LUMEN		
567727	SINGLE LUMEN		
568776	DRENO DE TÓRAX Nº 28		
568777	DRENO DE TÓRAX Nº 32		
568711	DRENO DE TÓRAX Nº 34		
568712	DRENO DE TÓRAX Nº 36		
568713	DRENO DE SUCÇÃO 3.2	1	BV11C319
568714	DRENO DE SUCÇÃO 4.8		
568715	DRENO DE SUCÇÃO 6.4		

	GRAMPEADORES E MATERIAL ENDOSCÓPICO		LOTE
537660	GRAMPEADOR LINEAR 75mm + 1 CARGA AZUL		
581743	CARGA AZUL EXTRA PARA LINEAR 75mm		
581740	CARGA VERDE EXTRA PARA LINEAR 75mm		
581709	GRAMPEADOR CIRCULAR 40mm		
581744	CARGA EXTRA PARA CIRCULAR 40mm		
581738	GRAMPEADOR CIRCULAR 31 A 34mm		
573884	GRAMPEADOR CIRCULAR 29mm		
581779	GRAMPEADOR CIRCULAR 25mm		
581755	GRAMPEADOR CIRCULAR 21mm		
573409	AGULHA DE VERES		
560163	TROCATER 11 mm		
537861	TROCATER 12 mm		
581789	GRAMPEADOR CIRCUL. CURVO CORT. CUTOUR		
524484	GRAMPEADOR ENDOSCÓPICO LINEAR		
583726	CARGA VERDE ENDOSCÓPICA		
583725	CARGA BRANCA ENDOSCÓPICA		
583727	CARGA AZUL ENDOSCÓPICA		
583780	TESOURA ULTRASISION (PINÇA HARMONIC)		

	MATERIAIS ALTO CUSTO		LOTE
584556	DUPLO J		
562688	CATETER DE PIELOGRAFIA		
580519	MANTA TERMICA		
584284	EVICEL		
580859	CUSTODIOL		
	CATETER DE HEMODIALISE		
	FIOS DE KIRSHNER Nº		
571543	SONDA DORMIA		
582516	CHIBA (AGULHA DE PUNÇÃO)		
	PRÓTESE DE PTFE Nº		
	CATETER BALÃO PARA EMBOLECTOMIA Nº		
566701	KIT CEC (MAQUET)		
552589	HEMOCONCETRADOR		
	VALVULA CARDIACA Nº		
	LENTE OCULAR Nº		
564801	ESPONJA HEMOS. CELULOSE (SURGICEL)		
564462	ESPONJA HEMOS. GELATINA (GELFUAN)		

	ETIQUETAS

Assinatura e Carimbo - Enfermeiro (Circulante)
REIANE PAULINO BARBOSA
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
SIAPE 2267522
COREN/CE 647211
EBSERH

Renata Santos de Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 612016

Assinatura e Carimbo - Cirurgião
Eduardo Costa Jordão Soares
Cirurgião Buco Maxilo Facial
HUWC - CRO CE - 2388

	MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	
	TRAQUEOSTOMO Nº	
521108	SONDA DE ASP. TRAQUEAL Nº 10	
521140	SONDA DE ASP.TRAQUEAL Nº 12	
521841	SONDA DE ASP. TRAQUEAL Nº 14	
520829	SONDA DE ASP. TRAQUEAL Nº 16	
521272	SONDA DE ASP. TRAQUEAL Nº 18	
	SONDA URETERAL Nº	
	SONDA RETAL Nº	
	DRENO PENROSE Nº	

	MEDICAMENTOS	
441031	CEFALOTINA 1G	
455806	CEFAZOLINA SÓDICA 1G-FA	
440701	HEPARINA SÓDICA 5000UI/ML-FA 5ML	
442011	LIDOCAÍNA 2% COM ADRENAL-20ML	
441996	LIDOCAÍNA 2% SEM ADRENAL-20ML	
441970	LIDOCAÍNA 2% SEM ADRENALINA- 5ML	
442046	LIDOCAÍNA GELÉIA 2%- BISN COM 39G	
441007	GENTAMICINA - AMP	
	SOLUÇÕES	
559946	SOL. FISIOLÓGICA 0,9% 500ML	
559938	SOL.FISIOLÓGICA 0,9% 250ML	
563636	SOL. FISIOLÓGICA 100ML	
573227	ÁGUA DESTILADA 1000ML	

Bupivacaina 1

	MATERIAIS ESPECIAIS		LOTE	ETIQUETAS
521060	BOLSA DE COLOSTOMIA SIMPLES			Adrenalina - 1
560297	BOLSA DE COLOSTOMIA KABAYA			Kalzamosse - 1
564095	DUPLO LUMEN			
562727	SINGLE LUMEN			
568776	DRENO DE TÓRAX Nº 28			
568777	DRENO DE TÓRAX Nº 32			
568711	DRENO DE TÓRAX Nº 34			
568712	DRENO DE TÓRAX Nº 36			
568713	DRENO DE SUCÇÃO 3.2	1	BV110319	
568714	DRENO DE SUCÇÃO 4.8			
568715	DRENO DE SUCÇÃO 6.4			

	GRAMPEADORES E MATERIAL ENDOSCÓPICO		LOTE
537560	GRAMPEADOR LINEAR 75mm + 1 CARGA AZUL		
581743	CARGA AZUL EXTRA PARA LINEAR 75mm		
581740	CARGA VERDE EXTRA PARA LINEAR 75mm		
581739	GRAMPEADOR CIRCULAR 40mm		
581744	CARGA EXTRA PARA CIRCULAR 40mm		
581738	GRAMPEADOR CIRCULAR 31 A 34mm		
573884	GRAMPEADOR CIRCULAR 29mm		
583779	GRAMPEADOR CIRCULAR 25mm		
581735	GRAMPEADOR CIRCULAR 21mm		
573409	AGULHA DE VERES		
560163	TROCATER 11 mm		
537863	TROCATER 12 mm		
581789	GRAMPEADOR CIRCUL. CURVO CORT. CUTOUR		
524484	GRAMPEADOR ENDOSCÓPICO LINEAR		
583776	CARGA VERDE ENDOSCÓPICA		
583775	CARGA BRANCA ENDOSCÓPICA		
583777	CARGA AZUL ENDOSCÓPICA		
583780	TESOURA ULTRASISION (PINÇA HARMONIC)		

	MATERIAIS ALTO CUSTO		LOTE
584956	DUPLO J		
562638	CATETER DE PIELOGRAFIA		
580539	MANTA TERMICA		
584284	EVICEL		
580339	CUSTODIOL		
	CATETER DE HEMODIALISE		
	FIOS DE KIRSHNER Nº		
571518	SONDA DORMIA		
582511	CHIBA (AGULHA DE PUNÇÃO)		
	PRÓTESE DE PTFE Nº		
	CATETER BALÃO PARA EMBOLECTOMIA Nº		
566701	KIT CEC (MAQUET)		
551569	HEMOCONCETRADOR		
	VALVULA CARDIACA Nº		
	LENTE OCULAR Nº		
564801	ESPONJA HEMOS. CELULOSE (SURGICEL)		
564482	ESPONJA HEMOS. GELATINA (GELFUAN)		

Reiane Paulino

Assinatura e Carimbo - Enfermeiro (Circulante)
REIANE PAULINO BARBOSA
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
SIAPE 2267522
COREN/CE 647211
EBSERH

Renata Santos de Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 812016

Assinatura e Carimbo - Cirurgião
Eduardo Costa Girardi Soares
Cirurgião Buco Maxilo Facial
HUWC - CRO CE - 2356

Hospitais Universitários

Universidade Fe Ceará
Hospital Universitário ...er Cantídio
Serviço de Farmácia

SOCIAL:
CIVIL: ANTONIO ROSA DA SILVA
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977
ENDEREÇO: MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259
BAIRRO: ZUMBI
CIDADE: HORIZONTE - CE
CPF: 717.801.173-68
FONE: 85992138069
CEP: 62902090
CNS: 704208253573583
AGHU HUWC: 20852018 Reg.
AGHU MEAC: MEAC:
001-1674350-001

Data:
Prontuário: 001-1674350-001
Idade:
Início: Fim:
Hora da administração:
Início: Fim:
esidente cirurgia:
esidente anestesia:
urmentador:

SALA

PORTARIA 344/1998

CÓDIGO	ITEM	QUANTIDADE
455245	ALFENTANILA 0,544 mg/mL - AMP 5 mL	
567641	CETAMINA 50 mg/mL - AMP 2 mL	
441937	CETAMINA 50 mg/mL - FA 10 mL	
442348	CLORPROMAZINA 5 mg/mL - AMP 5 mL	
564899	DEXMEDETOMIDINA 100 mcg/mL - FA 2 ml	
443689	DIAZEPAM 10 mg/mL - AMP 2 mL	04
563987	DROPERIDOL 2,5 mg/mL - AMP 1mL	
442224	ETOMIDATO 2 mg/mL - AMP 10 mL	
580580	FENOBARBITAL 100 mg/mL - AMP 2 mL	
563948	FENTANIL 50 mcg/ml - AMP 2 mL	
563947	FENTANIL 50 mcg/mL - AMP 5 mL	
442119	FENTANIL 50 mcg/mL - AMP 10 mL	01
443921	FLUMAZENIL 0,1 mg/mL - AMP 5 mL	
442410	HALOPERIDOL 5 mg/mL - AMP 1 mL	
560221	METADONA 10 mg/mL - AMP 1 mL	
556076	MIDAZOLAM 1 mg/mL - AMP 5 mL	
442216	MIDAZOLAM 5 mg/mL - AMP 3 mL	
551015	MIDAZOLAM 5 mg/mL - AMP 10 mL	
576393	MORFINA 0,2 mg/mL AMP 1 mL	
447030	MORFINA 1 mg/mL - AMP 2 mL	03
442062	MORFINA 10 mg/mL - AMP 1 mL	
442089	NALBUFINA 10 mg/mL - AMP 1 mL	
443883	NALOXONA 0,4 mg/mL AMP 1 mL	
442097	PETIDINA 50 mg/mL - AMP 2 mL	
441945	PROPOFOL 10 mg/mL - FA 20 mL	01
562710	PROPOFOL PFS 10 mg/mL - SER 50 mL	
559121	REMIFENTANIL 2 mg - FA	01
454400	SEVOFLURANO 1 mg/mL - FR AL 250 mL	01
576463	SUFENTANILA 5 mcg/mL - AMP 2 mL	
455237	SUFENTANILA 75 mcg/mL - AMP 1 mL	
558150	SUFENTANILA 75 mcg/mL - AMP 5 mL	
571382	TRAMADOL 50 mg/mL - AMP 2 mL	

MEDICAMENTOS ALTO CUSTO

440760	ALBUMINA 10 g - FA 50 mL	
582663	COMPLEXO PROTROMBINICO TOTAL 600 UI - FA PO LIOF SOL INJ + FA DIL (OCTAPLEX)	
582665	CONCENTRADO DE FIBRINOGÊNIO 1g - FA PO LIOF SOL INJ (HAEMOCOMPLETTAN)	
565670	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 1000 UI - FA 5 ML (H-BIG)	
551910	SUGAMADEX 100 mg/mL - FA 2 mL	

RELAXANTES MUSCULARES

569063	CISATRACÚRIO 2 mg/mL - AMP 10 mL	
558915	CISATRACÚRIO 2 mg/mL - AMP 5 mL	2
441830	PANCURÔNIO 2 mg/mL - AMP 2 ml	
559687	ROCURÔNIO 10 mg/mL - FA 5 mL	
441821	SUXAMETÔNIO 100 mg - FA	01
441856	VECURÔNIO 4 mg - FA	

ANTIMICROBIANOS

441244	AMICACINA 250 mg/mL - AMP 2 mL	
566596	AMPICILINA 2 g + SULBACTAM 1 g - FA	
441031	CEFALOTINA 1 g - FA	
455806	CEFAZOLINA 1 g - FA	22 01
551970	CEFEPIME 2 g - FA	
441104	CEFOTAXIMA 2 g - FA	
441260	CEFOXITINA 1 g - FA	
441155	CEFTAZIDIMA 1g - FA	

ANTIMICROBIANOS

CÓDIGO	ITEM	QUANTIDADE
454176	CEFTAZIDIMA 2 g - FA	
441090	CEFTRIAXONA 1 g - FA	
565010	CEFUROXIMA 750 mg - FA	
448311	CIPROFLOXACINO 2 mg/mL - BOLS 100 mL	
447897	CLINDAMICINA 150 mg/mL - AMP 4 mL	
565246	FLUCONAZOL 2 mg/mL - BOLS 100 mL	
565746	MEROPENEM 1 g - FA	
441074	METRONIDAZOL 5 mg/mL - BOLS 100 mL	
560213	PIPERACILINA 4 g + TAZOBACTAM 0,5 g FA	
570550	TEICOPLANINA 400 mg - FA	
441201	VANCOMICINA 500 mg FA	

CARROS DE ANESTESIA E OUTROS

440450	ÁGUA DESTILADA - AMP 10 mL	
440744	ÁCIDO EPSILON-AMINOCAPRÓICO 50 mg/mL FA 20 mL	
551368	ÁCIDO TRANEXÂMICO 50 mg/mL - AMP 5 mL	
560186	ADENOSINA 3 mg/mL - AMP 2 mL	
442747	AMIODARONA 50 mg/mL - AMP 3 mL	
440302	ATROPINA 0,25 mg/mL - AMP 1 mL	
440469	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% - AMP 10 mL	
448362	BROMOPRIDA 5 mg/mL - AMP 2 mL	
442038	BUPIVACAÍNA 0,5% + GLICOSE 4% - AMP 4 mL	
450995	CETOPROFENO 100 mg - FA	
552160	CLONIDINA 150 mcg/mL - AMP 1 mL	
569860	CLORETO DE CÁLCIO 10% - AMP 10 mL	
440477	CLORETO DE POTÁSSIO 10% - AMP 10 mL	
440540	CLORETO DE SÓDIO 20% - AMP 10 mL	
442623	DEXAMETASONA 4 mg/mL - AMP 2,5 mL	
559164	DESMOPRESSINA 4 mcg/mL - AMP 1 mL	
442704	DESLANOSÍDEO 0,2 mg/mL - AMP 2 mL	
569874	DIFENIDRAMINA 50 mg/mL AMP 1 mL	
442135	DIPIRONA SÓDICA 500 mg/mL - AMP 2 mL	
442917	DOBUTAMINA 12,5 mg/mL - AMP 20 mL	
442909	DOPAMINA 5 mg/mL AMP 10 ml	
582666	EFEDRINA 50 mg/mL - AMP 1 mL	
442895	EPINEFRINA 1 mg/mL - AMP 1 mL	
563939	ESMOLOL 10 mg/mL - FA 10 mL	
584598	ESMOLOL 250 mg/mL - AMP 10 mL	
442887	ETILEFRINA 10 mg/ml - AMP 1 mL	
443034	FUROSEMIDA 10 mg/mL - AMP 2 mL	
440485	GLICOSE 50% - AMP 10 mL	
440493	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% - AMP 10 mL	
440701	HEPARINA SÓDICA 5000 UI/mL - FA 5 mL	
442666	HIDROCORTISONA 100 MG - FA	
442640	HIDROCORTISONA 500 MG - FA	
564678	HIDROXIETILAMIDA 6% - BOLS 500 mL	
440310	HIOSCINA 4 mg/mL + DIPIRONA 500 mg/mL - 5 mL	
440337	HIOSCINA (ESCOPOLAMINA) 20 mg/mL - AMP 1 mL	
555010	INSULINA REGULAR	
442470	INSULINA NPH	
564954	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% ISOBÁRICA - AMP 4 mL	
564955	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% + EPINEFRINA - AMP 20 mL	
564363	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% SEM VASO - AMP 20 mL	
442003	LIDOCAÍNA SPRAY 10% - FR	
454397	METARAMINOL 10 mg/mL - AMP 10 mL	
446866	METILPREDNISOLONA 125 mg - FA	
442658	METILPREDNISOLONA 500 mg - FA	
440183	METOCLOPRAMIDA 5 mg/mL - AMP 2 mL	

	CARROS DE ANESTESIA E OUTROS	
441864	NEOSTIGMINE 0,5 mg/mL - AMP 1 mL	04
454820	NITROGLICERINA 5 mg/mL - AMP 10 mL	
447984	NITROPRUSSIATO 25 mg/mL - AMP 2 mL	
562782	NORADRENALINA 1 mg/mL - AMP 4 mL	
551163	OMEPRAZOL 40 MG - FA + AMP SOL DIL	
454737	PAPAVERINA 50 mg/mL - AMP 2 mL	
443140	PROMETAZINA 25 mg/mL - 2 mL	
443905	PROTAMINA 10 mg/mL - AMP 5 mL	
440167	RANITIDINA 25 mg/mL - AMP 2 mL	
564515	ROPIVACAÍNA 1% - AMP 20 mL	
440523	SULFATO DE MAGNÉSIO 50% - AMP 10 mL	
573666	VASOPRESSINA 20 U/mL - AMP 1 mL	
440582	VITAMINA C 100 mg/mL - AMP 5 mL	
446289	VITAMINA K (IM/SC) 10 mg/mL - AMP 1 mL	

	MATERIAIS	
568994	AGULHA PARA ANESTESIA DE PLEXO 22GA x 50mm	
532713	AGULHA PARA PERIDURAL 16 G	
523062	AGULHA PARA PERIDURAL 18 G	
564467	AGULHA PARA RAQUE 20 G	
557129	AGULHA PARA RAQUE 22 G	
[illegible]	AGULHA PARA RAQUE 25 G	
550264	AGULHA PARA RAQUE 26 G	
[illegible]	AGULHA PARA RAQUE 27 G	
521329	CATETER IV PERIFÉRICO 14 G	
521345	CATETER IV PERIFÉRICO 16 G	
520349	CATETER IV PERIFÉRICO 18 G	
521353	CATETER IV PERIFÉRICO 20 G	
536059	CATETER IV PERIFÉRICO 22 G	
552143	CATETER IV PERIFÉRICO 24 G	
532721	CATETER PARA ANESTESIA PERIDURAL 18 G	
568194	CATETER TIPO ÓCULOS	
564480	CONJUNTO PARA CATETERIZAÇÃO ARTERIAL (ARTERIOFIX)	
421979	ELETRODO	02
572406	EQUIPO DE BOMBA	
523917	EQUIPO DE BOMBA FOTOSSENSÍVEL	
563079	EQUIPO MACROGOTAS	
558571	EXTENSOR 20 cm	
558530	EXTENSOR 40 cm	
533122	EXTENSOR 60 cm	
573717	EXTENSOR 120 cm	01
579343	EXTENSOR NEONATAL TIPO PERFUSOR 120 cm	01
564458	KIT PAM	
584568	SERINGA PERDA DE RESISTÊNCIA (PERIDURAL)	
574006	SENSOR DE BIS	
567599	SERINGA 60 mL BICO	
586683	SERINGA 60 mL BICO LONGO	
575366	SERINGA 60 mL ROSCA	
521137	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL nº 04	
521174	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL nº 06	
521116	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL nº 08	
521108	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL nº 10	
521140	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL nº 12	
521841	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL nº 14	01
520879	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL nº 16	
[illegible]	SONDA NASOGÁSTRICA nº 08	
520713	SONDA NASOGÁSTRICA nº 10	
521617	SONDA NASOGÁSTRICA nº 12	
520705	SONDA NASOGÁSTRICA nº 14	
521620	SONDA NASOGÁSTRICA nº 16	
520691	SONDA NASOGÁSTRICA nº 18	
521721	SONDA NASOGÁSTRICA nº 20	

	MATERIAIS	
520241	TORNEIRINHA 3 VIAS	01
579458	TUBO MCA/TCA (REAGENTE P/ MEDIÇÃO DE COAGULAÇÃO)	
567766	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO nº 6,0	
567767	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO nº 6,5	
567772	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO nº 7,0	
567769	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO nº 7,5	
522848	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO nº 8,0	01
522856	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO nº 8,5	
	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO nº _____	
520446	TUBO ENDOTRAQUEAL nº 6,0	
520284	TUBO ENDOTRAQUEAL nº 6,5	
522007	TUBO ENDOTRAQUEAL nº 7,0	
521868	TUBO ENDOTRAQUEAL nº 7,5	
520306	TUBO ENDOTRAQUEAL nº 8,0	
520276	TUBO ENDOTRAQUEAL nº 8,5	
	TUBO ENDOTRAQUEAL nº _____	
	TUBO ENDOTRAQUEAL nº _____	
	TUBO ENDOTRAQUEAL CARLENS nº _____	
	TUBO ENDOTRAQUEAL ROBERT SHAW nº _____	

	SOLUÇÕES FISIOLÓGICAS	
559849	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 100 mL	[illegible]
559938	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 250 mL	[illegible]
559946	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500 mL	
563638	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 1000 mL	
577469	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 1000 mL (estéril)	
559920	SOLUÇÃO GLICOSADA 250 mL	
559911	SOLUÇÃO GLICOSADA 500 mL	
559881	SOLUÇÃO MANITOL 250 mL	
559873	SOLUÇÃO RINGER LACTATO 500 mL	[illegible]

	MEDICAMENTOS NÃO LISTADOS	
	DEXMEDETOMIDINA 8 →	01

Bruno Lobo Maia
ANESTESIOLOGISTA (STAFF)
Assinatura e carimbo
11329

RESIDENTE DE ANESTESIA
Assinatura e carimbo

SAMKAC - HOSPITAL UNIV ITÁRIO WALTER CANTÍDIO - U.F.C.

DIRETORIA ADMINISTRA A

ANO 19

UNIDADE: Serviço de Convênios e Contas Médicas

CONTROLE: Procedimentos Especiais de Internação

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE :

- [ ] MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- [ ] DIÁRIA DE U.T.I.
- [x] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- [ ] HEMOTERAPIA
- [ ] USO DE PRÓTESE/ÓRTESE
- [ ] USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- [ ] NUTRIÇÃO PARENTERAL
- [ ]

NOME DO PACIENTE ANTONIO ROSA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO 1674350

DATA DA SOLICITAÇÃO 30 / 08 / 19

Nº AIH

MÉDICO SOLICITANTE THIAGO JONATHAN

DATA DA UTILIZAÇÃO 30 / 08 / 19

CRM

CPF 013.596.894-19

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO DIARIA DE ACOMPANHANTE

JUSTIFICATIVA DO USO:

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DO COZM, NECESSITANDO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL.

NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL.

NECESSIDADE DE CUIDADOS POS OPERATORIOS

DESCRIÇÃO DO PRODUTO/QUANTIDADE

NOME:

RG:

30 / 08 / 19

DATA

Assinatura do Médico Solicitante

Surgicallmed

FOLHA DE UTILIZAÇÃO

PACIENTE: Antônio Rosa Da Silva		IDADE: 91 anos	
HOSPITAL: HUWC		DATA: 30/08/16	
PRONTUÁRIO Nº: 16 74 35	MÉDICO: Dr Eduardo Studart		
FUNC. EMPRESA: Tiago Farias	PROCEDIMENTO:		

MATERIAL	MARCA	QUANT.	CÓDIGO/TAMANHO
CLIPE PARA ANEURISMA EM TITÂNIO			
PLACA EM TITÂNIO 1.5MM		03+1=04	
TELA EM TITÂNIO 1.5MM			
PLACA EM TITÂNIO 2.0MM		03+1=04	
PLACA EM TITÂNIO 2.4MM			
PARAFUSO EM TITÂNIO 1.5MM	19	19	TAM:4=07 mm
PARAFUSO DE EMERGÊNCIA 1.8MM			
PARAFUSOS EM TITÂNIO 2.0MM		25	TAM 4=04, TAM 5
PARAFUSO EM TITÂNIO 2.4MM			TAM 7

VISTO E CARIMBO DO MÉDICO

Eduardo Costa Studart Soares
Cirurgião Buco Maxilo Facial
HUWC - CRO CE - 2356

SURGICALLMED COMÉRCIO LTDA - EPP
RUA SILVA JATAHY, 15 - SALAS 504/505/506
MEIRELES - FORTALEZA - CEP: 60.165-070
TELEFONE: (85) 3246.1033 - EMAIL: estoque@surgicallmed.com.br

SOCIAL:
CIVIL: ANTONIO ROSA DA SILVA
MAE: MARIA DE FATIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977 CPF: 717.301.173-68
ENDEREÇO MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259 FONE: 85992138069
BAIRRO: ZUMBI CEP: 62882090
CIDADE: HORIZONTE - CE CNS: 704208253573683
AGHU HUWC: 20852018 Reg.
AGHU MEAC: MEAC:
001-1674350-001

Universidade Federal do Ceará
Hospital Universitário Walter Cantídio

SALA:

RURGIA (CONSIGNADO) | Data: 30

Idade: 41 a | Prontuário:

Cirurgião: Dr. [illegible] | Enfermeiro(a): [illegible]

Cirurgia Realizada: Osteossíntese de [illegible] | Início: [illegible] | Fim:

Circulantes: [illegible] | Instrumentador(a): [illegible]

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	CÓDIGO SUS	QTD
	SISTEMA DE PLACAS 1.5MM		
1	Micro Placa 1,5mm em L direita 4fs espaço de 7,5mm	07.02.05.048-2	
1	Micro Placa 1,5mm em L direita 4fs espaço de 9,0mm	07.02.05.048-2	
1	Micro Placa 1,5mm em L direita 4fs espaço de 12,0mm	07.02.05.048-2	
1	Micro Placa 1,5mm em L esquerda 4fs espaço de 7,5mm	07.02.05.048-2	
1	Micro Placa 1,5mm em L esquerda 4fs espaço de 9,0mm	07.02.05.048-2	
1	Micro Placa 1,5mm em L esquerda 4fs espaço de 12,0mm	07.02.05.048-2	
2	Micro Placa 1,5mm em T 4fs espaço de 7,5mm	07.02.05.048-2	
2	Micro Placa 1,5mm em T 4fs espaço de 9,0mm	07.02.05.048-2	
2	Micro Placa 1,5mm em T 4fs espaço de 12,0mm	07.02.05.048-2	
2	Micro Placa 1,5mm em T 5fs espaço 7,5mm	07.02.05.048-2	
2	Micro Placa 1,5mm em T 5fs espaço 9,0mm	07.02.05.048-2	
2	Micro Placa 1,5mm em T 5fs espaço 12,0mm	07.02.05.048-2	
3	Micro Placa Ponte Reta 1,5mm 4fs espaço 4,5mm	07.02.05.048-2	
3	Micro Placa Ponte Reta 1,5mm 4fs espaço 6,0mm	07.02.05.048-2	
3	Micro Placa Ponte Reta 1,5mm 4fs espaço 7,5mm	07.02.05.048-2	
3	Micro Placa Ponte Reta 1,5mm 4fs espaço 9,0mm	07.02.05.048-2	
3	Micro Placa Ponte Reta 1,5mm 4fs espaço 12,0mm	07.02.05.048-2	
3	Micro Placa Ponte Reta 1,5mm 6fs espaço 4,5mm	07.02.05.048-2	
3	Micro Placa Ponte Reta 1,5mm 6fs espaço 6,0mm	07.02.05.048-2	
3	Micro Placa Ponte Reta 1,5mm 6fs espaço 9,0mm	07.02.05.048-2	
3	Micro Placa Ponte Reta 1,5mm 6fs espaço 12,0mm	07.02.05.048-2	
4	Micro Placa Reta 1,5mm 4fs	07.02.05.048-2	
4	Micro Palca Reta 1,5mm 6fs	07.02.05.048-2	
4	Micro Placa Reta 1,5mm 8fs	07.02.05.048-2	
4	Micro Placa Reta 1,5mm 12fs	07.02.05.048-2	
4	Micro Placa Reta 1,5mm 16fs	07.02.05.048-2	
5	Micro Placa Orbital 1,5mm 6fs	07.02.05.048-2	
5	Micro Placa Orbital 1,5mm 10fs	07.02.05.048-2	
6	Micro Placa Tela 1,5mm c/quadrados 03,mm		
	SISTEMA DE PLACAS 2.0MM		QTD
7	Mini Placa 2,0mm em L direita 4fs espaço 6,5mm	07.02.05.048-2	
7	Mini Placa 2,0mm em L direita 4fs espaço 9,5mm	07.02.05.048-2	
7	Mini Placa 2,0mm em L direita 4fs espaço 12,5mm	07.02.05.048-2	
7	Mini Placa 2,0mm em L direita 4fs espaço 18,0mm	07.02.05.048-2	
7	Mini Placa 2,0mm em L esquerda 4fs espaço 6,5mm	07.02.05.048-2	
7	Mini Placa 2,0mm em L esquerda 4fs espaço 9,5mm	07.02.05.048-2	
7	Mini Placa 2,0mm em L esquerda 4fs espaço 12,5mm	07.02.05.048-2	
7	Mini Placa 2,0mm em L esquerda 4fs espaço 18,0mm	07.02.05.048-2	
8	Mini Placa 2,0mm em T 6fs	07.02.05.048-2	
9	Mini Placa 2,0mm em Y 6fs espaço 6mm	07.02.05.048-2	

10	Mini Placa 2,0mm em T duplo 6fs espaço 12mm			07.02.05.048-2	
11	Mini Placa 2,0mm em Y 5fs			07.02.05.048-2	1
12	Mini Placa 2,0mm em I 4fs espaço 15mm			07.02.05.048-2	
12	Mini Placa 2,0mm em I 4fs espaço 20mm			07.02.05.048-2	
13	Mini Placa 2,0mm Orbital 6fs			07.02.05.048-2	1
13	Mini Placa 2,0mm Orbital 8fs			07.02.05.048-2	
14	Mini Placa Reta Ponte 2,0mm sagital 4fs			07.02.05.048-2	
14	Mini Placa Reta Ponte 2,0mm sagital 6fs			07.02.05.048-2	
15	Mini Placa Reta 2,0mm 4 fs			07.02.05.048-2	
15	Mini Placa Reta 2,0mm 8fs			07.02.05.048-2	1
15	Mini Placa Reta 2,0mm 12fs			07.02.05.048-2	
15	Mini Placa Reta 2,0mm 16fs			07.02.05.048-2	
16	Mini Placa Mentoniana 2,0mm 4fs espaço 3,0mm			07.02.05.048-2	
16	Mini Placa Mentoniana 2,0mm 4fs espaço 5,0mm			07.02.05.048-2	
16	Mini Placa Mentoniana 2,0mm 4fs espaço 7,0mm			07.02.05.048-2	
16	Mini Placa Mentoniana 2,0mm 4fs espaço 9,0mm			07.02.05.048-2	
16	Mini Placa Mentoniana 2,0mm 4fs espaço 11mm			07.02.05.048-2	
	SISTEMA DE PLACAS 2.4MM				**QTD**
17	Macro Placa Ponte Curta 2,4mm comp.simples 4fs			07.02.05.047-4	
17	Macro Placa Ponte Curta 2,4mm comp.simples 6fs			07.02.05.047-4	
18	Macro Placa Ponte Média 2,4mm auto-compressão 6fs			07.02.05.047-4	
19	Macro Placa Ponte Curta 2,4mm auto-compressão 4fs diagonal			07.02.05.047-4	
19	Macro Placa Ponte Curta 2,4mm auto-compressão 6fs diagonal			07.02.05.047-4	
20	Macro Placa Angulada Curta 2,4mm 4fs			07.02.05.047-4	
20	Macro Placa Angulada Curta 2,4mm 6fs			07.02.05.047-4	
21	Macro Placa Angular Curta 2,4mm 4fs			07.02.05.047-4	
22	Macro Placa Reconstrução Reta Simples Larga 2,4mm 10fs esp. 2,0mm			07.02.05.047-4	
22	Macro Placa Reconstrução Reta Simples Larga 2,4mm 10fs esp. 3,0mm			07.02.05.047-4	
22	Macro Placa Reconstrução Reta Simples Larga 2,4mm 16fs esp. 2,0mm			07.02.05.047-4	
22	Macro Placa Reconstrução Reta Simples Larga 2,4mm 16fs esp. 3,0mm				
22	Macro Placa Reconstrução Reta Simples Larga 2,4mm 16fs esp.3,0mm			07.02.05.047-4	
23	Macro Placa Reconst. Simples Larga direita 18fs(14f x 4f), esp. 2,0mm			07.02.05.047-4	
23	Macro Placa Reconst. Simples Larga direita 18fs(14f x 4f), esp. 3,0mm			07.02.05.047-4	
23	Macro Placa Reconst. Simples Larga esquerda 18fs(14f x 4f) esp.2,0mm			07.02.05.047-4	
23	Macro Placa Reconstr.Simples Larga esquerda 18fs(14f x 4f) esp.3,0mm			07.02.05.047-4	
	PARAFUSO DE BLOQUEIO				
24	Mini Parafuso de auto-compressão 1,5mm e 2,0mm			07.02.03.061-9	

PARAFUSOS DO SISTEMA 1.5MM, 2.0MM, 2.3MM, 2.4MM E 2,7MM

25	Micro Parafuso Cortical 1.5mm					28	Mini Parafuso Cortical 2.3mm			
	Quant	7	8	4			Quant			
	Nº	4	5	6			Nº			
26	Micro Parafuso Cortical 1.7mm					29	Macro Parafuso Cortical 2.4mm MD/Lock			
	Quant						Quant			
	Nº						Nº			
27	Mini Parafuso Cortical 2.0mm					30	Macro Parafuso Cortical 2.7mm MD/Lock			
	Quant	1	3	13	2	6	Quant			
	Nº	4	5	6	7	11	Nº			

OBSERVAÇÃO:

Rejane Paulino

Assinatura da Enfermagem (Circulante)

REJANE PAULINO BARBOSA
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
SIAPE 2267522
COREN/CE 647211
EBSERH

Renata Santos de Lima
Téc. de Enfermagem
COREN - CE 312015

Assinatura do Cirurgião

Eduardo Costa Studart Soares
Cirurgião Buco Maxilo Facial
HUWC - CRO CE - 2356

Nº IMPAR

Nº PAR

PRONTUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA U

NOME DO PACIENTE

Data de Nascimento: Idade Sexo Cor Estado Civil Profiss

Residência:

Procedência:

Em caso de emergência avise a:

Residência:

Responsável (menor) Data do 1º Atendimento

DATA	CID	OBSERVAÇÃ
P1 C.812	29.08.19	0011674350001 ANTONIO ROSA DA SILVA MAE MARIA DE FATIMA SILVA NASCIMENTO: 30/08/1977 CPF: 717.3 ENDERECO: MANOEL FELICIANO DE SOUSA,259 FONE: 8599 CEP: 62862 BAIRRO: ZUMBI CIDADE: HORIZONTE - CE CNS: 7042082 AGHU HUWC 20852018 AGHU MEAC:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA

À Secretaria de Saúde

Atesto para os devidos fins que o paciente **Antonio Rosa da Silva** é acompanhada neste ambulatório após trauma contuso no olho esquerdo durante acidente de moto, tendo evoluído com desorganização do segmento posterior e perda irreversível da visão neste olho.

Acuidade visual corrigida:

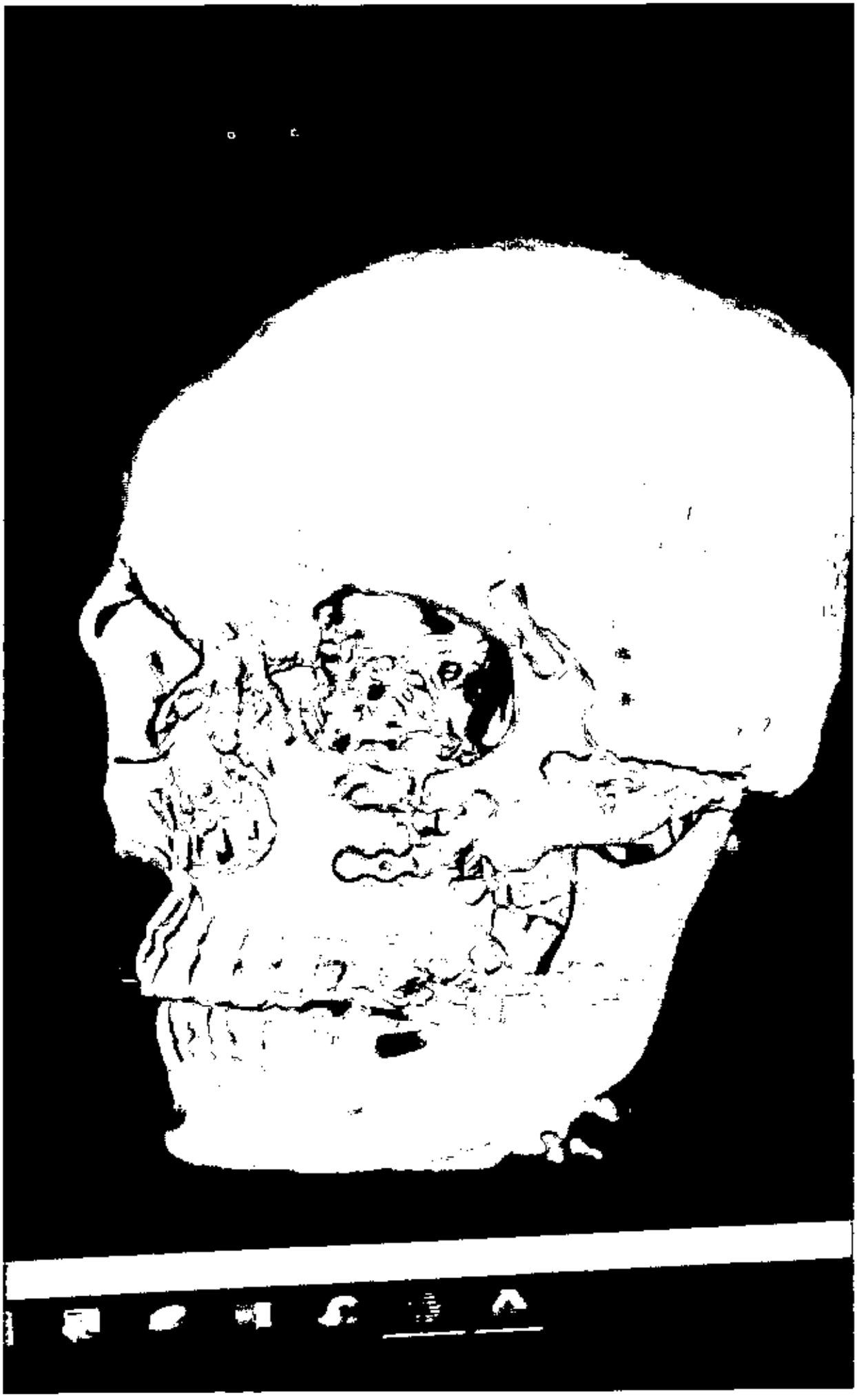
Olho direito: 20/20

Olho esquerdo: Sem percepção luminosa

CID-10: H54.4

Fortaleza, 28/08/2019

Dr. Pedro G. Moreira
Médico
CREMEC 19047



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

NOME
ANTONIO ROSA DA SILVA

FILIAÇÃO
RAIMUNDO ROSA DA SILVA

MARIA DE FÁTIMA SILVA

DATA NASCIMENTO 30/08/1977
NATURALIDADE PACAJUS - CE
ÓRGÃO EXPEDIDOR SSPDS-CE
TIPO/FATOR RH XXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXX

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 717.301.173-68
DM XXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL 95015021625
LOCAL P.: 31
DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RG 17/09/2019
2ª VIA

REGISTRO CIVIL
CERT. CASAM.. C/ AVERB. DIV. CARTÓRIO:1º OFICIO TERMO:0002337 FOLHA: 160 V LIVRO:B-0008 HORIZONTE - CE

NOME SOCIAL
XXXXXXXXXXXXXXX

T. ELEITOR 041746080728
CTPS 0102001
SÉRIE 0030
UF CE

NIS/PIS/PASEP PIS:12523008075
IDENTIDADE PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXX
CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXX
CNH XXXXXXXXXXXXXXX
CNS 704208253573583
CNH 03246736707

ASSINATURA DO DIRETOR

POLEGAR DIREITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Documentos de identificacao

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 95315021625 — DATA DE EXPEDIÇÃO 26/08/2009

NOME
ANTONIO ROSA DA SILVA

FILIAÇÃO
RAIMUNDO ROSA DA SILVA
MARIA DE FÁTIMA SILVA

NATURALIDADE
PACAJUS - CE

DATA DE NASCIMENTO
30/08/1977

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:2337 FOLHA:148 V LIVRO:
DE HORIZONTE - CE
CPF 717.381.173-49

2 VIA — P.: 1

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polegar Direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
ANTONIO ROSA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 30/08/1977
Nº INSCRIÇÃO: 0417 4808 0728
ZONA: 078
SEÇÃO: 0199

MUNICÍPIO / UF: HORIZONTE/CE
DATA DE EMISSÃO: 19/04/2016

JUIZ ELEITORAL

ASSINATURA OU REGISTRO DIGITAL DO ELEITOR

FILIAÇÃO
PAI RAIMUNDO ROSA DA SILVA
MÃE MARIA DE FÁTIMA SILVA

DATA NASC. 30 08 77 — NATURALIDADE PACAJUS CE

Dispensado do Serviço Militar inicial em 21.09.09
por ser maior de 30 anos.

Município e UF

MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO
25ª CSM
SÉRIE A
RA " NÃO POSSUI "

ANTONIO ROSA DA SILVA

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getulio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

125.23006.07-5

0102001 | 003-0 | CE

Antonio Rosa da Silva

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

NOME: ANTONIO ROSA DA SILVA

LOC. DE NASC.: PACAJUS - CE

NASCIMENTO: [illegible]

FILIAÇÃO: RAIMUNDO ROSA DA SILVA
MARIA DE FÁTIMA SILVA

ESTADO CIVIL: CASADO

DOC. APRESENTADO: RG [illegible] SSP CE

LIV. [illegible] DE MAIO DE 1999

CARTEIRA [illegible] SEÇÃO: 49 ZONA: 217

CPF: [illegible]

LOCALIDADE DE EMISSÃO: IDT - HORIZONTE - [illegible]

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO _____

DATA DE NASC. DE __/__/__ PARA __/__/__

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A			
A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PARENTESCO	G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL	D - ADOÇÃO	F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	

03

DETRAN - CE
Nº 014328234362
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
01	1183260749	0000000000	2019

NOME: ANTONIO ROSA DA SILVA
****
****
HORIZONTE/CE

CPF/CNPJ	PLACA
71730117368	PNI9142

PLACA ANT/UF	CHASSI
*******/CE	9C2KD0810KR121541

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NÃO APLIC	GASOL/ALCO

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR160 BROS ESDD	2019	2019

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0CV/162CC	PARTIC	AZUL

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
*******.**	**/**/**	1ª *****
FAIXA IPVA: ****	PARCELAMENTO/COTAS: *******.**	2ª *****
		3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	00/00/0000

OBSERVAÇÕES: AL.FID. BANCO HONDA S.A;************
****
****

LOCAL	DATA
HORIZONTE	01/03/2019

Igor Ponte
Superintendente
DETRAN-CE

CE Nº 014328234362
BILHETE DE SEGURO DPVAT
2019
71730117368 PNI9142

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

014328234362 62954188824

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	01/03/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	71730117368	PNI9142

RENAVAM	MARCA / MODELO
1183260749	HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB	QT TARIF	Nº CHASSI
2019	09	9C2KD0810KR121541

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

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

PAGAMENTO: COTA ÚNICA / PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC: 22/20/09 LACRE
MOTOR: KD08E1K121597
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

[illegible]

IMPORTANTE

[illegible]

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

[illegible]

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204

SUSEP
DISQUE - SUSEP 0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS [illegible]

CERTIFICO e dou fé que a presente fotocópia confere com o original que me foi exibido nesta data. CARTÓRIO CASTRO E SILVA - 1º OFÍCIO - HORIZONTE-CE
06 SET 2019
E-mail: cartoriocastro@uol.com.br

AUTENTICAÇÃO Nº 18 487350

MULTAS DE TRÂNSITO
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
IPVA - 2ª COTA

ENCARGOS DO DETRAN
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA