

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN CARLOS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01102-9

CONTA: 000000020258-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2704202005000000000023701102000000020258168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149329 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+FIO+PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.
(P3,11,29,31,41,48,54,90,95,102)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: SEM LAUDO DE IML.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9576012	JEAN CARLOS DOS SANTOS	M	08/05/1974	45
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1469666 SSP RN	96962119453		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R HERCULANO COUTO 2039 BARROCAS MOSSORO-RN CEP:59000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988543340		RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
02/2019 20/10	13:24		
Médico Atendente	Clínica		
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	4-CIRURGICA		
M...co Acompanhante	Tipo Atendimento		
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	0 INTERNACAO		

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	CONTROL CONSTRUCOES LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
95202000115002016		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
Ci 10 CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	02

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
12828107	99996666	D35654139	INTERNACAO
12828107	30727138	D35655211	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
12828107	30732026	D35655134	ENXERTO OSSEO
12828107	30728126	D35655133	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
12828107	30728142	D35655138	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO

ALERGIA

RISCO QUEDA

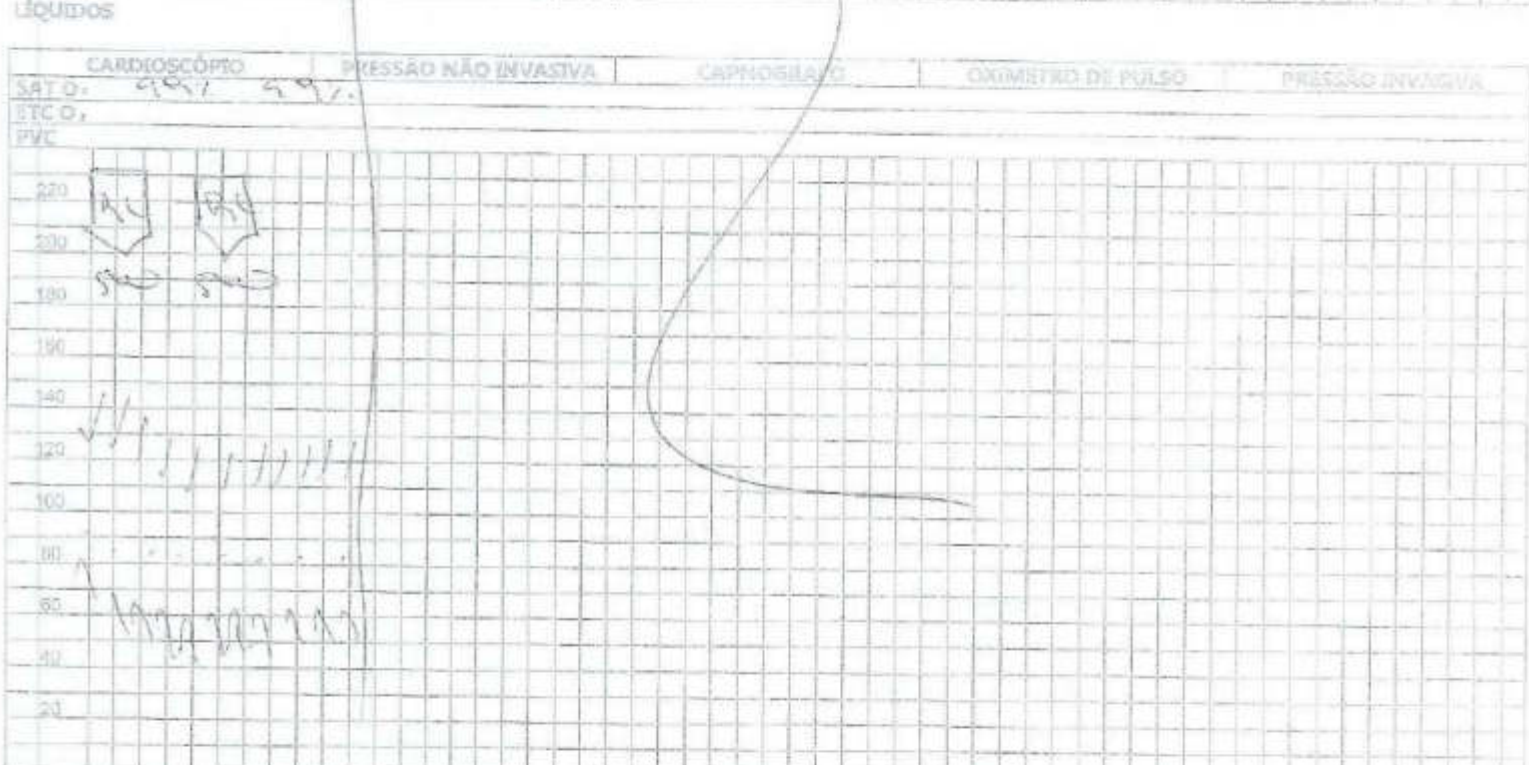
Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: Ryan Carlos dos Santos Data: 20/02/2019
 Idade: 45 anos Sexo: M
 Profissão: 9576012 Correlação: MAP
 Diagnóstico: Fístula de torniqueto
 Cirurgião: Dr. Danilo de Almeida Anestesiologista: Rafael de Souza
 Cirurgião: Dr. Danilo de Almeida Anestesiologista: Rafael de Souza
 AT-62278923

A Hora: 10h
 G O: 100
 E NO: 100
 M A: 100
 T: 100
 E: 100
 S: 100



DROGAS			EQUIPO		
1. <u>Lidocaína 2%</u>	9		3. <u>Monitoração</u>		
2. <u>Midazolam 5</u>	10		4. <u>Yelapina 1000 6.20</u>		
3. <u>Propofol 1%</u>	11		5. <u>Anestesia inalatória</u>		
4. <u>Pravastatina 40</u>	12		6. <u>Gasolina</u>		
5. <u>Paracetamol 50</u>	13		7. <u>União Anestesiologia</u>		
6. <u>Carbamazepina 2</u>	14		8. <u>Sintetizada</u>		
7. <u>Quinina 20</u>	15		9. <u>Indução</u>		
8. <u>Clorpromazina 100</u>	16		10. <u>Eucalipto 2.20</u>		
9. <u>Clorpromazina 100</u>	17				
10. <u>Clorpromazina 100</u>	18				

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Extintor: <u>Ono</u>	Não	Sonda:
					Respirador: <u>Esport</u>	Aspirador:	Medida:
					Absorvedor de:	Sem	Dojo
					Portador: <u>Sucesso</u>	Local da Puncão:	<u>Eq. 4</u>
					Agulha: <u>27G</u>	Técnica:	
					Início: <u>08:00</u>	Fim: <u>08:00</u>	
					Quanto: <u>100</u>		

Condição final op: 100
 Interferências por op: 100
 Ass. Anest: Dra. Reisalla Verli
 Anestesiologista
 CRM 17837

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 04:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS, MÉDICO, CRM 15346 [1]

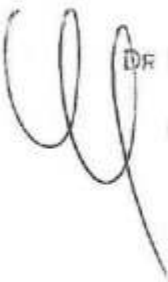
Nº: 45789271 21/10/2019 às 03:57

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S823	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S823	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	21/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	03:57	[1]
Cirurgia	TTO CIRÚRGICO FX OSSOS DA PERNA COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR À DIREITA	[1]
Cirurgião	DR DANIEL DESCHAMPS	[1]
1º Auxiliar	DR JANIO ALVES	[1]
2º Auxiliar		[1]
Anestesista	DRA ROSA	[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA. ASSEPSIA + ANTIASSEPSIA. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS OPERATÓRIOS. OBSERVO IMPORTANTE EDEMA DE PARTES MOLES NA PERNA DIREITA, PORÉM SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL NO MOMENTO. APOSICIONO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO COM 1 PINO PROXIMAL NA TÍBIA + 1 PINO NO CALCANEIO + 1 PINO NO 1º MTT DIREITO. REALIZO REDUÇÃO INCRUENTA SOB ESCOPIA. CONFIRMO REDUÇÃO SOB ESCOPIA. REDUÇÃO ACEITÁVEL. CURATIVO ESTÉRIL. OBSERVO BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS PROCEDIMENTO. AGUARDO AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO TRAUMA SOBRE POSSÍVEL NECESSIDADE DE SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO.	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30727189: TTO CIRURGICO DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO	[1]



DR DANIEL DESCHAMPS
MÉDICO
CRM: 15346

CRM: 20234 RQE: 9448
Cirurgia do Pé e Tornozelo
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Jânio Alves



Dr. Jânio Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 20234 RQE: 9448

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 03:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

 Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]
 MARIA SILVANIA MORAES MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 879196 [2]
 MARIA SILVANIA MORAES MELO COREN 879196 [3]

Nº: 45772349 20/10/2019 às 14:40

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	À DEFINIR	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA DIREITA	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMG CIRURGICA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Exames Complementares	Sim. LAB + RX + TC + ECG.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	Não.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[3]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[2]
Via Aérea Difícil	Não.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[3]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[3]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[3]
Paciente Certo	sim.	[3]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[3]

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 03:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Procedimento	sim.	[3]
--------------	------	-----

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[3]
---	------	-----

Checação Completa Dos Equipamentos	sim.	[3]
------------------------------------	------	-----

Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[3]
--	------	-----

Checação Completa Das Medicções Anestésicas	sim.	[3]
---	------	-----

Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[3]
---	------	-----

Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[3]
---	------	-----

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[3]
---	------	-----

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[3]
---	------	-----

As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	sim.	[3]
--	------	-----

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[3]
--	------	-----

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[3]
---	------	-----

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[3]
---	------	-----

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
---	--	--

Especificar	sim	[3]
-------------	-----	-----

Silvania



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO

Paciente:

João Carlos dos Santos, 45 anos

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrição médicas diárias com carimbos e assinaturas? Sinalizar pendência de medicação alto custo, medicação não padrão e dieta enteral, se houver.	☒	☐	
Sinalizar pendência de parecer médico, se houver; isolamento e cuidados paliativos.	☐	☒	
Apazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepe verificar a existência do fluxo administrativo.	☒	☐	
Medicações checadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipos, sonda e BICs.	☒	☐	
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	☒	☐	
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.	☐	☒	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.	☐	☒	
Procedimentos de enfermagem tais como: (curativos, punção venosa, sondagens, AVAS e etc). E procedimentos médicos como: (paracentese, drenagem de tórax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?	☒	☐	LAOP
Existe acompanhamento dos registros/ fechamento de B.H em sistema?	☐	☒	
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Inclusive para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.	☒	☐	
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	☒	☐	
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	☒	☐	
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?	☐	☒	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	☐	☒	

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do enfermeiro Líder

4016.2

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convênio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dr. Nasc. 08/05/1974
Nº Prescrição: 24280645
Telex: 1334102

21/10/2019 às 03:02

Atendimento: 628/8983
Prontuário: 9576012
Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA ALIDADE	33h	ORAL								CRM-15346
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Perfêco						CRM-15346
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	20.83 ml/cálculo	500 ml								
3. CEFALOTINA (1.00g) (D1/2)	1g	1 FRAP (FRAP C/1GR)	6/8h	EV	12	18	00	06		CRM-15346
	Soro Fisiológico 0.9%	100 ml								
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/100MG)	8/8h	EV	14	22	06			CRM-15346
	Soro Fisiológico 0.9%	100 ml								
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMP C/500MG)	6/8h	EV	12	18	00	06		CRM-15346
	Água Destilada	18 ml								
6. IRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMP C/100MG)	8/8h	EV	12	18	00	06		CRM-15346
	Soro Fisiológico 0.9%	100 ml								
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMP C/10MG)	8/8h	EV	14	22	06			CRM-15346
	Água Destilada	18 ml								
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO										CRM-15346
9. CURATIVO MEDIO + SF + GAZE ACOCHOADA										CRM-15346
10. PUNCAO C/ JELICO										CRM-15346
11. SINAS VITAIS										CRM-15346
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS										CRM-15346
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC										CRM-15346
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO										CRM-15346
15. COMPRESSÃO COM TÊR										CRM-15346
Profissional(es): CRM-15346										CRM-15346
CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS										

Profissionais: CRM-15346

CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS

21/10/2019 04:27
4016.2

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEMPagina 1 de 1
21/10/2019 07:04 AM
p1102_01

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DI. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24280626	21/10/2019 às 03:05	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA MONICA GIRAO BRITO (COREN 407169)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NIVEL DE ORIENTACAO	Mantido		
Sinais Vitais- Frequência Respiratoria	Mantido		
PADRAO RESPIRATORIO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
Sinais Vitais- Temperatura	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24275864	20/10/2019 às 14:50	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	Enfermeiro(a): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR
CALAFRIO
TRATAMENTO CIRÚRGICO
NÁUSEAS
VÔMITOS
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	00:00	08:00	12:00	-18:00	[1] OK
---------------------------------	-------	-------	-------	--------	--------

7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: HISTÓRICO DE QUEDAS

MANTER LEITO E GRADES LATERAIS ELEVADAS	Mantido:
---	----------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	00:00	06:00	12:00	-18:00
-----------------------------	-------	-------	-------	--------

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24275873	20/10/2019 às 14:52	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO (COREN 519637)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	00:00	06:00	12:00 18:00
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00 18:00
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Jefferson F. Carneiro
COREN-SE-519.637-ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/10/2019 14:57

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62876983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	
Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772807 20/10/2019 às 14:54			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

CLIENTE J.C.S, 45 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE TRAUMA CIRURGICA ADVINDO DE MOSSORO COM PROCEDIMENTO PROPOSTO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO, ESTÁVEL, PELE INTEGRAL EM RELAÇÃO LPP, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS ESPONTÂNEAS, NEGA ALERGIAS COMORBIDADES CIRURGIAS E INTERNAÇÕES PRÉVIAS, REALIZADO PRÉ OP, IRÁ REALIZAR COM DR JOAO ROLIM, CC CIENTE ENFA LEILANE.

[1]

GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO PARA QUEDA: MANTER EM LEITO COM GRADES ELEVADAS. MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS. MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TEC. ENFERMAGEM).

RISCO DE FLEBITE: RENOVAR ACESSO A CADA 72 HRS, CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO / MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.

ALERGIAS

Alergias NEGA

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite Sim

[1]

Queda Adulto (Morse) ALTO RISCO.

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico Sim

[1]

Jefferson F. Carneiro
COREN 519.637-ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 07:05

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

DL. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): MARIA MONICA GIRA0 BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 407169 [1]

Nº: 45788975 21/10/2019 às 03:02

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

00:58 - J.C.S., SEXO MASCULINO, 45 ANOS, ORIUNDO DO POSTO 1A. ADM. NA RPA NO PRÉ OPERATÓRIO DE FRAT. DE TORNOZELO ESQ COM DR DANIEL, NEGA ALERGIAS + COMORBIDADES, SEM DRENOS E SONDAS, EVOLUI EM JEJUM, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, COM PULSEIRA EM MSD. SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AGUARDA SER CHAMADO AO CC

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

[Handwritten signature and stamp]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS		Dt. Nasc: 08/05/1974		Atendimento: 62878903	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 24282559		Prontuário: 9576012	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR		Leito: 40182		Peso: 80.00 kg	
1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE		30h ORAL		CRM-8260	
2. Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 500 ml		7.00 g/min	
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		500 ml		Acesso Posterior	
3. CEFALOTINA (1.00g) (D12)		1g		1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml		8/8h EV	
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)		100mg		1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml		8/8h EV	
5. DIFENIDOL AMP (500.00mg/ml)		1000mg		2 ML (AMPL C/ 500MG)	
Água Destilada		18 ml		6/6h EV	
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg		2 ML (AMPL C/ 100MG)	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml		8/8h EV	
Alta vigilância				SN	
7. PLAVIX (5.00mg/ml)		10mg		2 ML (AMPL C/ 10MG)	
Água Destilada		18 ml		8/8h EV	
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO				SN	
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA				CRM-8260	
10. PUNÇÃO C/ JELCO				CRM-8260	
11. SINAIS VITAIS				CRM-8260	
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS				CRM-8260	
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC				CRM-8260	
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO				CRM-8260	
15. COMPRESSÃO COM ETER				CRM-8260	
Profissionais: CRM-8260		CRM-8260		CRM-8260	

Profissional: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
HAPFOR / Traumatologia
CRM-CE 8260

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

IP: 192.85.4.101

21/10/2019 08:28

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

DL. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024282559
Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983
21/10/2019 às 08:25
Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

2. Hidratação Venosa Fase Unica Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min Acesso Periférico 12:00 ;

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 mL/Kcal/dia 500 ml
3. CEFALOTINA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 6/6h EV 12:00 ; 18:00 ; 22/10-00:00 ;
(D1/2) Soro Fisiológico 0,9% 100ml 100ml 22/10-06:00 ;

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV 14:00 ; 22:00 ; 22/10-06:00 ;
Soro Fisiológico 0,9% 100ml

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMP C/ 500MG) 6/6h EV 12:00 ; 18:00 ; 22/10-00:00 ;
Água Destilada 18ml 22/10-06:00 ;

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMP C/ 100MG) 8/8h EV SN
Soro Fisiológico 0,9% 100ml

Alta vigilância
7. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMP C/ 10MG) 8/8h EV 14:00 ; 22:00 ; 22/10-06:00 ;
Água Destilada 18ml

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO SN 18:00 ;

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE 11:00 ;
ACOLCHOADA

10. PUNÇÃO C/ JELCO SN 18:00 ;

11. SINAIS VITAIS 12:00 ;

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC SN 18:00 ;



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Nº Prescrição: 0024282559

Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983

21/10/2019 às 08:25

Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

Emissão: 21/10/2019 08:33

PRESCRIÇÃO MÉDICA

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE
ACOCCHOADA MEDIO

15. COMPRESSÃO COM ETER

SN

16/00 :

HORÁRIOS

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

[Handwritten signature]

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dr. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024282559
Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983
21/10/2019 às 08:25
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

SASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
-----------	------	-----------	------	-----------	------	-----------	------

CLAMET

HV Vol Total: 500.00 Vig.

3ROMOPRIDA 10MG/2ML SOL (N) AMPL 20ML 1		CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 L1	
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1		LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1		EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD 1	
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1		XYLOCAINA GEL 2% BISN 30 GR 5		TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD 1	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 2		LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA 1			
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1		SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD 1			
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 5					
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR 2					

JIPRONA AMP

Retrader De Dreno De Portovac

AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2		GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2	
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2		CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 20	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 4		LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 2	
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 5	
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 10		LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA 1	
JIPRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML 2		ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD 1	
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR 4		MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM 50	
		LAMINA DE BISTURI 11 - 1 UD 1	
		ESPARADRAPO TUBO 450 CM 30	

ETOPROFENO IV

Curativo Medico-St+Gaze Acotchoada

ALGODAO HIPOFILO - 500 GR 4		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 L1	
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD 1		GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 3	
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD 1		LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1	
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 10		LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA 1	
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1		MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM 50	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 3		TRANSOFIX - 1 UD 1	

Curativo Com Atadura E Gaze Acotchoada Medi

SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1		ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD 2	
ORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 L1		GAZE ACOTCHOADA 15X15 PCT 15 CM 2	

Lincaio Cl Jelico

CEFALOTINA

AMPA CONE LUER - 1 UD 1		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 L2	
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR 6		SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 15		AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	
FIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD 1		LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 4	
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1		LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 2	
XTENSOR MULTIVIAS 2 VIAS - 1 UD 1		AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2	
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1		ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 20	
ATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD 1		EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD 2	

ondagem Vesical De Alivio

OLETOR DE URINA SIMPLES ADULTO - 1 U 1		KEFLIN FRAP 1 UD 2	
AZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2		ALGODAO HIPOFILO - 500 GR 8	

[Handwritten signature]

PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
21/10/2019 07:04 AM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24281338	21/10/2019 às 07:04	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA MONICA GIRA0 BRITO (COREN 407169)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Respiratória	Mantido		
PADRAO RESPIRATORIO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
Sinais Vitais - Temperatura	Mantido		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

[Handwritten signature]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 07:03

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS**Dt. Nasc.:** 08/05/1974**Atendimento:** 62878983**Prontuário:** 9576012**Convênio:** HAPVIDA**Posto:** RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE **Leito:** 219/1**Profissional(is):** MARIA MONICA GIRA0 BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 407169 [1]**Nº:** 45791714 **21/10/2019** **às** 07:00**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM****Evolução de enfermagem**

06:55 - J.C.S., SEXO MASCULINO, 45 ANOS, ORIUNDO DO CC, ADM. NA RPA NO POI DE FRAT. DE TORNZELO ESQ COM DR DANIEL, NEGA ALERGIAS + COMORBIDADES, SOB ANESTESIA RAQUII + SEDAÇÃO COM DRA REISLA, SEM DRENOS E SONDAS, EVOLUI EM JEJUM, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, AFERIDO SSVV, AVP EM MSE COM PULSEIRA EM MSD, SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AGUARDA SER CHAMADO AO CC.

[1]

PA: 110X60

SAT: 100%

FR: 18

FC: 75

DISPOSITIVOS**Acesso Venoso Periferico**

Sim

[1]

Assinatura do Enfermeiro
Mônica Brito
21/10/2019

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DL Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24297205	22/10/2019 às 00:39	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES (COREN 454496)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00 18:00
ATIVIDADE MOTORA	Manhã	Tarde	Noite
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

M. Renata do N. Pontes
Enfermeira
COREN-CE-454.496

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24297210	22/10/2019 às 00:40	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a): MARIA RENATA DO NASCIMENTO P	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Mantido:
Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Mantido:
HIGIENE ORAL E CORPORAL	Manhã Tarde Noite

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

REMOVER ACESSO VENOSO	
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã Tarde Noite

M. Renata M. P. Pontes
Enfermeiro
COREN-CE-454.496

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dr. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024299597
Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983
22/10/2019 às 08:16
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

Emissão: 22/10/2019 09:12

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	09:00 ; 12:00 ; 15:00 ; 18:00 ; 21:00 ; 23/10 - 00:00 ; 23/10 - 03:00 ;
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml	11:00 ;
3. CEFALOTINA (1.00g) (D2/2)	Soro Fisiológico 0,9%	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 6/6h EV 12:00 ; 18:00 ; 23/10 - 00:00 ; 23/10 - 06:00 ;
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV 14:00 ; 22:00 ; 23/10 - 06:00 ;
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2 ML (AMP/ C/ 500MG) 6/6h EV 12:00 ; 18:00 ; 23/10 - 00:00 ; 23/10 - 06:00 ;
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2 ML (AMP/ C/ 100MG) 8/8h EV 14:00 ; 22:00 ; 23/10 - 06:00 ;
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10 mg	2 ML (AMP/ C/ 10MG) 8/8h EV 14:00 ; 22:00 ; 23/10 - 06:00 ;
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO		SN	09:00 ;
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLOCHADA			09:00 ;
10. PUNCAO C/ JELCO		SN	10:00 ;
11. SINAIS VITAIS			12:00 ;
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS			
13. RETIRADA DE DRENO DE		SN	

Erica Pinheiro
COREN 452.809 - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024299597
Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983
22/10/2019 às 08:16
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

PORTOVAC

09:00 :

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE
ACOCHOADA MEDIO

~~09:00 :~~

15. COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Reservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Erica Pinheiro
COREN 452.809 - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dr. Nasc.: 08/05/1974
Atendimento: 62878983
Nº Prescrição: 0024299597
22/10/2019 às 08:16
Leito: 4016/2
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

GASTOS	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
PLAMEI								
	BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML 1		LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	HV VolTotal: 500.00 Vg:			
	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1		XYLOCAINA GELEIA 2% BISN 30 GR	5				
	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1		LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1				
	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1				
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	Releirada De Dreno De Portovac					
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2				
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 5					
DIPIRONA AMP								
	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2		LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1				
	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2		ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1				
	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50				
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1				
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	30				
	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2				
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	CI OREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 20					
CETOPROFENO IV								
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	Curativo Medio+Sf+Gaze Acotchoada					
	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3				
	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1				
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1				
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50				
	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3	SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 1					
	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1	1	TRANSOFIX - 1 UD	1				
	SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 1	1	Curativo Com Atadura E Gaze Acotchoada Medi					
			GAZE ACOLCHOADA 15X30 PCT 30 CM	2				
			ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2				
Puncão Cl Jelco								
	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	CEFALOTINA					
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 2					
	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2					
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2					
	WTFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4				
	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2				
	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2				
	CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD 1	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20				
			EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2				
			KEFLIN FRAP 1 UD	2				
			ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8				
Sondagem Vesical De Alivio								
	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2							
	CI OREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50							

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24312769	23/10/2019 às 00:24	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a):	IRIS ROQUE DE PAIVA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADARelacionado a: TRATAMENTO
RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTAManter Leito Em Posição Adequada/ Grades
Laterais Levantadas Mantido:**2 - CONFORTO PREJUDICADO**Relacionado a: DOR
TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Mantido:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24312771	23/10/2019 às 00:25	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: IRIS ROQUE DE PAIVA (COREN 525824)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Sinais Vitais- Temperatura	Mantido		
ELIMINAÇÕES	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
ACEITAÇÃO DA DIETA	Mantido		
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc. 08/05/1974
Nº Prescrição: 24317840
Telex: 4016/2
23/10/2019 às 10:21

Atendimento: 62678983
Prontuário: 9576012
Peso: 80,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

3/3h ORAL

CRM-14108

2. Hidratação Venosa Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20.83 Vol. Total ml

500 ml

500 ml

7.00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-14108

3. CEFALOTINA (1.00g) (D1/2)

Soro Fisiológico 0,9%

1g

1 FRAP 100 ml

(FRAP C/1GR)

6/6h

EV

CRM-14108

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP 100 ml

(FRAP C/100MG)

8/8h

EV

CRM-14108

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

2 ML 18 ml

(AMP/PL C/ 500MG)

6/6h

EV

CRM-14108

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML 100 ml

(AMP/PL C/ 100MG)

8/8h

EV

CRM-14108

Ata vigilância

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Água Destilada

10mg

2 ML 18 ml

(AMP/PL C/ 10MG)

8/8h

EV

CRM-14108

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SONDO VEDIO-SF+GATE ACOLCHOADA

SN

CRM-14108

9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SONDO VEDIO-SF+GATE ACOLCHOADA

SN

CRM-14108

10. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SONDO VEDIO-SF+GATE ACOLCHOADA

SN

CRM-14108

11. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SONDO VEDIO-SF+GATE ACOLCHOADA

SN

CRM-14108

12. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SONDO VEDIO-SF+GATE ACOLCHOADA

SN

CRM-14108

Tacito Yuri Melo
CRM 14108
Otorrinolaringologista
TEOD 15349

1-Registro ANS 300253		3-Data da Autorização 30/10/2019		4-Senha D37375840		5-Data de Validade da Senha 29/12/2019		6-Data de Emissão da Guia 02/11/2019		
Dados do Beneficiário					9-Validade da Carteira					
7-Número da Carteira 95202000115002		8-Plano NOSSE PLANO XII - 700370995			11-Número da Carteira Nacional de Saúde					
10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS					14-Código CNES					
Dados do Contratado Solicitante					16-UF CE					
12-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361267009140		13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN			15-Conselho Profissional CRM		17-Número do Conselho 10511		19-Código CBO	
15-Nome do Profissional Solicitante JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS										
Dados do Contratado Solicitado / Dados de Interação										
20-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361267009140		21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN								
22-Gratidade de Interação ☒ E-Elativo U-Urgência		23-Tipo de Interação ☒ 1-Clinico 2-Cirurgia 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica			25-Qtd. Diárias Solicitadas 1					
24-Regime de Interação ☐ 1-Hospitalar 2-Hospitalar-ela 3-Domiciliar										
26-Indicação Clínica										
Hipóteses Diagnósticas					29-Indicação de Acidente ☐ 1-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros					
27-Tipo Doença ☐ A-Aguda C-Crônica		28-Tempo da Doença Referida pelo Paciente ☐ A-Anos M-Meses D-Dias			32-CID 10 (3)		33-CID 10 (4)			
30-CID 10 Principal S823		31-CID 10 (2)								
Procedimentos Solicitados					37-Qtd. Sols.		38-Qtd. Autor.			
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento			1		1			
01	2004	30732026								
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
OPM Solicitadas					42-Qtd.		43-Fabricante		44-Valor Unitário-R\$	
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição do OPM								
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
Dados da Autorização					46-Qtd. Diárias Autorizadas 1		47-Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA		50-Código CNES	
45-Data Provável da Admissão Hospitalar		48-Código da Operadora/CNPJ 12361267009140			49-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN					
51-Observação Vinculada a guia nº 40068070										
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante					53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 02/11/19		54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8091 - FEOT 10293

Jean Carlos dos Santos

1-Registro ANS 368253	3-Data da Autorização 30/10/2019	4-Senha D37375411	5-Data de Validade da Senha 29/12/2019	6-Data da Emissão da Guia 02/11/2019
--------------------------	-------------------------------------	----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira 85202000116002	8-Plano NOSSO PLANO XII - 700370996	9-Validade da Carteira
10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS		11-Número da Carteira Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12-Código de Operador/CNPJ/CPF 12361267009140	13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	14-Código CNES
15-Nome do Profissional Solicitante JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	16-Conselho Profissional CRM	17-Número do Conselho 10511
18-UF CE	19-Código CBOB	

Dados do Contratado Solicitado / Dados de Internação

20-Código da Operador/CNPJ/CPF 12361267009140	21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN
22-Perfil de Internação IEI E-Eletivo U-Urgência	23-Tipo de Internação I 1-Clinico 2-Cirurgia 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica
24-Regime de Internação ☐ 1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar	25-Cidade, Diárias Solicitadas 1
26-Indicação Clínica	

História Diagnóstica

27-Tipo Doença ☐ A-Aguda ☐ C-Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente ☐ A-Anos ☐ M-Meses ☐ D-Dias	29-Indicação de Acidente ☐ 0-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros
30-CID 10 Principal S626	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)
33-CID 10 (4)		

Procedimentos Solicitados

34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento	37-Qtd Solic.	38-Crdo. Autor.
01 2004	30728142	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENT	1	1
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

OPM Solicitados

39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição do OPM	42-Cidade	43-Fabricante	44-Valor Unitário-R\$
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Dados da Autorização

45-Data Provável da Admissão Hospitalar	46-Cidade, Diárias Autorizadas 1	47-Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA
48-Código da Operadora/CNPJ 12361267009140	49-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	50-Código CNES

51-Observação

Vinculada a guia nº 40068070

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN-6691-TEOT 10293

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 02/11/19	54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--

Jeân Carlos dos Santos

1-Registro ANS 368253	3-Data da Autorização 30/10/2019	4-Senha D97375640	5-Data de Validade da Senha 29/12/2019	6-Data de Emissão da Guia 02/11/2019
--------------------------	-------------------------------------	----------------------	---	---

Dados do Beneficiário		9-Validade da Carteira
7-Número da Carteira B5202000115002	8-Plano NOSSO PLANO XII - 700370899	
10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS		11-Número da Carteira Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante		14-Código CNES
12-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361257009140	13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	
15-Nome do Profissional Solicitante JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	16-Conselho Profissional CRM	17-Número do Conselho 10511
	18-UF CE	19-Código CBOS

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação		25-Qtd. Diárias Solicitadas 1
20-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361257009140	21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	
22-Caráter da Internação ☒ E-Eletivo ☐ U-Urgência	23-Tipo de Internação II 1-Clinico 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica	
24-Regime de Internação ☒ 1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar		
26-Indicação Clínica		

Hipóteses Diagnósticas		29-Indicação da Acidente
27-Tipo Doença ☒ A-Aguda ☐ C-Crônica	28-Tempo da Doença Referida pelo Paciente ☐ A-Anos ☐ M-Meses ☐ D-Dias	☐ 0-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros
30-CID 10 Principal S823	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)
		33-CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados				37-Qtd. Solic.	38-Qtd. Autor.
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento			
01	2004	30727138	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAM	1	1
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					

OPM Solicitados					
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição do OPM	42-Qtd.	43-Fabricante	44-Valor Unitário-R\$
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Dados da Autorização		46-Qtd. Diárias Autorizadas 1	47-Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA
45-Data Provável da Admissão Hospitalar			
48-Código da Operadora/CNPJ 12361257009140	49-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	50-Código CNES	

51-Observação Vinculada a guia nº 40068070		
 Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 8091 - TEOT 10293		
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 02/11/19	54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Jeon Carlos dos Santos



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº 2197404

DADOS DA AUTORIZAÇÃO			
1 - ANS - nº 36.825-3	2 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	4 - SENHA D37875210	5 - DATA VALIDADE DA SENHA
6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA		7 - NÚMERO DA CARTEIRA	
8 - PLANO		9 - VALIDADE DA CARTEIRA	
10 - NOME João Carlos dos Santos		11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE			
12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		13 - NOME DO CONTRATADO	
14 - CÓDIGO CHES		15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
16 - CATEG. PROFISSIONAL		17 - Nº DO CONSELHO	
18 - UF		19 - CÓDIGO CBO	
DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO			
20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		21 - NOME DO PRESTADOR	
22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO E - Eletivo U - Urgência/Emergência		23 - TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínico 2 - Cirurgia 3 - Obstetrícia 4 - Pediátrica 5 - Policlínica	
24 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar		25 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS	
26 - INDICAÇÃO CLÍNICA			
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
27 - TIPO DE DOENÇA A - Aguda C - Crônica		28 - TEMPO DA DOENÇA A - Anos M - Meses D - Dias	
29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0 - Acidente em doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		30 - CID 10 PRINCIPAL	
31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)	
33 - CID 10 (4)		34 - CID 10 (5)	
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	36 - DESCRIÇÃO	37 - QTD. SOLIC.
1	301728126		38 - QTD. AUTORIZ.
2			
3			
4			
5			
OPM SOLICITADOS			
39 - TABELA	40 - CÓDIGO DO OPM	41 - DESCRIÇÃO OPM	42 - QTD.
1			43 - FABRICANTE
2			44 - VALOR UNITÁRIO R\$
3			
4			
5			
DADOS DA AUTORIZAÇÃO			
45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOJE		46 - QTD. DIÁRIAS AUTORIZADAS	
47 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA		48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ	
49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO		50 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS	
51 - OBSERVAÇÃO			
52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE			
53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL			
54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO			

Dr. João Ricardo Bolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8891 TEO-10293

João Carlos dos Santos

02/11/2019 11:10:45

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9576012	JEAN CARLOS DOS SANTOS	M	08/05/1974	45
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
1469666 SSP RN	96962119453			2-SOLTEIRO
Endereço				
R HERCULANO COUTO 2039 BARROCAS MOSSORO-RN CEP:69000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988543340		RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - HRP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
02/11/2019	10:51		
Médico Atendente			Clinica
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS			3-PEDIATRICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano CONTROL CONSTRUCOES LTDA	
255-HAPVIDA MOSSORO	6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
B5202000115002016		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HRF	310232 SALA CIRURGICA 2	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
40068069	99996666	D37375210	INTERNACAO
40068069	30728142	D37375411	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
40068069	30728126	D37375210	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 1
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 10
			Material - 99800412 - PARAFUSO MALEOLAR - QTDE: 1
			Material - 99829330 - FIO MALEAVEL DE CERCLAGEM - QTDE: 1
			Material - 99832718 - PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 MM INCLUI PARAFUSOS - QTDE: 1
			Material - 99835355 - ARRUELA LISA - QTDE: 1
40068069	30727138	D37375640	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
40068069	30732026	D37375840	ENXERTO OSSEO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (CONSENTIMENTO INFORMADO)

Pelo presente instrumento, que considera o artigo 59, do Código de Ética Médica, o inciso III, do artigo 6º e o inciso VI, do artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90, declaro que:

1º) fui informado (a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e / ou diagnóstico(s): _____

2º) foi indicado a realização do exame / procedimento exame / procedimento: _____

(se órgão múltiplo, especificar: [D] Direito [E] Esquerdo Ambos ou nível _____)

3º) recebi as explicações necessárias quanto aos benefícios deste exame / procedimento;

4º) recebi as informações necessárias sobre as possibilidades de êxito;

5º) estou ciente de que, durante o exame e/ou procedimento para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis (fortuitas);

6º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardíaco-vasculares, respiratórios e urinários. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

7º) também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame / tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação;

8º) estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação:

do(a) médico(a) anestesista nome legível do anestesiológico / equipe

do(a) médico(a) que assina esse termo;

9º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão / autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

10º) esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

11º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS E OUTROS
AJUSTES

PACIENTE: Jean Carlos dos Santos
END: Rua. Herculanio Couto Nº 2039. Purocos.
CPF No.: 969621194-53 RG No.: 1469666
Leito No.: _____ Prontuário No.: _____
RESPONSÁVEL LEGAL: _____
END: _____
CPF No.: _____ RG No.: _____

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, o paciente acima identificado ou, na impossibilidade do mesmo subscrever este documento, o seu responsável acima identificado, um ou outro, RECONHECE, CONSENTE e DECLARA que:

- 1 - foi devidamente informado sobre a condição de saúde do referido paciente, sob tratamento no HOSPITAL _____ e devidamente esclarecido quanto ao procedimento ao qual será submetido, recebendo todas as informações necessárias quanto aos tratamentos alternativos, às possibilidades de ter os resultados ou problemas esperados que possam ocorrer durante a recuperação, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento;
- 2 - está ciente de que a dor pode ocorrer após a realização do procedimento e que as medidas de para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário, compreendo a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor ou qualquer outro desconforto;
- 3 - está ciente de que durante o procedimento poderá apresentar outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) anteriormente, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis;
- 4 - está ciente de que no procedimento invasivo podem ocorrer complicações e que autoriza, desde já, qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados difere daqueles inicialmente propostos;
- 5 - assume inteira responsabilidade em caso de eventual recusa em submeter-se à procedimento de hemotransfusão, quando este for recomendado pela equipe médica responsável pela assistência prestada, declarando, ainda, ter sido devidamente cientificada pelos profissionais assistentes dos riscos advindo da recusa do tratamento proposto, inclusive do risco de morte, bem como isenta inequivocamente de qualquer responsabilidade o hospital e seus profissionais por possíveis consequências adversas à sua saúde, a partir da sua recusa em ser submetida à hemotransfusão recomendada.
- 6 - autoriza que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento;
- 7 - autoriza o médico, Dr. _____, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Mossoró/RN, ____ de ____ de 2019, às ____ hs.

Jean Carlos dos Santos
BENEFICIÁRIO PACIENTE
CPF No. _____

RESPONSÁVEL PELO BENEFICIÁRIO/PACIENTE
CPF No. _____



HOSPITAL
RODOLFO
FERNANDES

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ("CONSENTIMENTO INFORMADO") ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESISTA

1 - Por este instrumento, eu abaixo identificado, fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido. Autorizo o médico abaixo identificado, ou outro colega da mesma equipe, credenciado pelo hospital, a realizar o seguinte ato anestésico:

() anestesia geral (X) raqui anestesia () peridural () outra anestesia regional _____
() sedação () acompanhamento do Anestesiologista.

Para realizar, a(o) seguinte cirurgia/procedimento: FRATURA DE TORÃO ZERO DIREITO

2 - Os benefícios da técnica escolhida e as alternativas foram comigo discutidas.

3 - Embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos. Poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios tais como alteração na pressão arterial ou no ritmo cardíaco. A anestesia específica poderá ocasionar: hipotensão, bradicardia, náusea, vômito

4 - A possibilidade de ocorrência de cada uma das complicações descritas acima é bastante variável e tenho consciência de que poderão ocorrer outros riscos ou complicações inesperadas não discutidos ou incluídos neste documento. Entendo, no entanto, que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para o melhor resultado possível.

5 - Compreendo que, por vezes, seja necessário, para a minha segurança e conforto, mudar o método de anestesia planejada com base na minha situação clínica e dou o meu consentimento para esta alteração.

6 - Declaro que prestei todas as informações relativas às minhas alterações na saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso e hábitos (como tabagismo e uso de bebidas alcoólicas ou drogas). Qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o resultado do procedimento.

7 - Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e, assim, autorizo a realização do procedimento proposto.

8 - Reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

MOSSORÓ (RN), 02 de NOVEMBRO de 20 19

João Carlos dos Santos
Nome do paciente

João Carlos dos Santos 1469666
Assinatura do paciente Carteira de identidade

* Nome do responsável

* Assinatura do responsável

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Odontologia e Traumatologia
CRM-RN 1881 - TE01 40293
Carteira de identidade

* Responsável deve assinar em caso de paciente menor de idade (ou quando o paciente não tenha condições de assinar o documento).

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) tratamento(s) / procedimento(s) acima descrito(s), tendo respondido a(s) pergunta(s) formulada(s) pelo mesmo de forma esclarecedora. Conforme meu entendimento, o paciente e/ou o responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Dr. Jilleteon Divina de Sousa
Anestesiologista
CRM-RN 5368 - CRM-PB 6007

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 810296 Nº: 46376078 02/11/2019 às 15:29			

PACIENTE

Data De Admissão	02/11/2019	[1]
------------------	------------	-----

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Eletiva.	[1]
------------------	----------	-----

Data Da Cirurgia	02/11/2019	[1]
------------------	------------	-----

Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA	[1]
---------------------------------	------------------	-----

Pulseira De Identificação	MSD.	[1]
---------------------------	------	-----

Nome, dosagem, frequência	NÃO	[1]
---------------------------	-----	-----

Alergia- Descrição	NÃO	[1]
--------------------	-----	-----

Internações Anteriores	NÃO	[1]
------------------------	-----	-----

Motivo das Internações	NÃO	[1]
------------------------	-----	-----

Cirurgias Anteriores	Não.	[1]
----------------------	------	-----

Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
------------------------------------	--------------	-----

Orientações Ao Paciente	Anestesia.	[1]
-------------------------	------------	-----

Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
--------------------------	------	-----

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado	65 kg	[1]
---------------	-------	-----

Intolerância Alimentar	Não.	[1]
------------------------	------	-----

Jejum	Sim.	[1]
-------	------	-----

ELIMINAÇÕES

Intestinais	Presente.	[1]
-------------	-----------	-----

Urinárias	Presente.	[1]
-----------	-----------	-----

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir	Sim.	[1]
----------	------	-----

Compreender	Sim.	[1]
-------------	------	-----

Memorizar	Sim.	[1]
-----------	------	-----

Falar	Sim.	[1]
-------	------	-----

CONFORTO

SINAIS VITAIS

Pulso	99 bpm	[1]
-------	--------	-----

PA	120X70	[1]
----	--------	-----

OUTROS DADOS E SINAIS

Peso	65 kg	[1]
------	-------	-----

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Hora	13:00	[1]
------	-------	-----

INTRA-OPERATÓRIO

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Responsável Pelo Recebimento	DALIANE	[1]
Hora	14:35	[1]
Sala	02	[1]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	INTEGRA	[1]
Início Da Anestesia	14:40	[1]
Término Da Anestesia	18:40	[1]
Início Da Cirurgia	14:50	[1]
Término Da Cirurgia	18:30	[1]
Instrumentador	ANTONIA	[1]
Circulante	DALIANE	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.	[1]
Numero Inicial De Compressas	15 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 2	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 3	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 4	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 5	0 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	0 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	15 UD	[1]
Tipo	Elétrico.	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INTEGRA	[1]
Grau De Contaminação	Limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	02/11/2019	[1]
-------------	------------	-----

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Eletrodos	TORAX	[1]
------------------	-------	-----

PÓS-OPERATÓRIO

Nível de Consciência pos operatorio	Calmo.	[1]
--	--------	-----

Tipo De Respiração	Espontânea c/suporte de o2.	[1]
---------------------------	-----------------------------	-----

Extremidades	Perfundidas.	[1]
---------------------	--------------	-----

Curativos Cirúrgicos	Limpo e seco.	[1]
-----------------------------	---------------	-----

CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO

Nível de Consciência	Calmo.	[1]
-----------------------------	--------	-----

Extremidades	Pefundidas.	[1]
---------------------	-------------	-----

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 3 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Curativos Cirúrgicos	Pouco úmido.	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Eletrodos	TORAX	[1]

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

NOME COMPLETO: Leon Carlos da Sousa

DATA NASC: 05/05/74 IDADE: 48

LEITO:

ANESTESIOLOGISTA: Frederico

CRM: 8311

CIRURGIA: Frederico

DATA: 02/11/13

RESPIRATÓRIO	GASTROINTESTINAL	CARDIOVASCULAR	NEUROLÓGICO	MÚSCULO ESQUELÉTICO	ENDÓCRINO	HEMATOLÓGICO
☐ Asma brônquica ☐ DPOC/Dispnéia ☐ Tosse produtiva ☐ IVAS recente ☐ Dor torácica ☐ Pneumopatia ☐ Lesões pleurais ☐ RX alterado	☐ Hepatite ☐ Ictericia ☐ RGE ☐ Obst. Intestinal ☐ Pancreatite ☐ Hemorragia ☐ Estômago cheio ☐ Cirrose	☐ Valvopatia ☐ Alt. Congênita ☐ ICC/Ortopneia ☐ ECG anormal ☐ Angina/IM ☐ Hipertensão ☐ Varizes MMII ☐ Aptidão física ruim ☐ Ecocardi alterado	☐ Coma ☐ HIC ☐ Lesão medular ☐ Lesão periférica ☐ Parkinson ☐ Psiquiátrico ☐ Cefaleia ☐ Sincope / Convulsão ☐ Parestesias	☐ Artrose ☐ Doença muscular ☐ Infecção de coluna ☐ Fratura ☐ Patologia óssea ☐ Osteoporose	☐ Diabetes ☐ Doença da tireoide ☐ Gestação ☐ Obesidade ☐ Desnutrição ☐ Atraso menstrual	☐ Anemia ☐ Hemofilia ☐ Coagulopatia ☐ Transfusão ☒ ANESTESIA PREVIA ☐ Regional ☐ Geral ☐ IOT difícil
INFECIOSO	RENAL	HÁBITOS	ALERGIAS	MEDICAÇÕES EM USO	EXAMES EM VIAS AGÉREAS	PROBLEMAS
☐ Sepsis ☐ Peritonite ☐ Tuberculose ☐ HIV	☐ IRA ☐ IRC ☐ Infecção urinária ☐ Sangramento	☐ Fumo ☐ Alcool ☐ Drogas	<u>Nenhuma</u>	<u>Nenhuma</u>	Mallampatti () III IV V Tireoide/mentoniano () <5cm	Incis. Proeminentes () JS () VN
Abertura de boca <u>5</u> cm						Extensão Atlantocapital () 0 () 1/2 () completa

Peso(kg)	Altura(cm)	Pulso por min.	Grupo ABO/Rh	Hto (%)	Ht(kg)	Glicemia	P.A.(Torr)	COMENTÁRIOS ADICIONAIS
68	168	82	-	38,3	13,4	101	120/80	
Ureia	Creatinina	Albumina	Na+	Cl-	K+	TGO	TGP	
23	0,91	-	-	-	-	-	-	
Estado físico (ASA)	Pré-medicação	Jejum	Médico (CRM)					
I	-	> 8h	Dr. Julliano Oliveira dos Santos CRM-SP 8311 - CRM-PR 8007					

Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

NOME <i>João Carlos dos Santos</i>								DATA <i>02/11/99</i>		
SERVIÇO <i>Hepatol</i>		ANESTESISTA <i>Felício</i>			CIRURGIÃO <i>João</i>					
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO			
	<i>H</i>	<i>B</i>	<i>12/130</i>	<i>40</i>	<i>35</i>	<i>1 2 3 4 5</i>	<i>—</i>			
DIAGNÓSTICO			<i>frat. de t.b.c. - trat. iniciado</i> <i>frat. doença de faringe - trat. cir.</i> <i>Exato 65%</i>							
OPERAÇÃO REALIZADA			<i>lesão ligamentar aguda - trat. cir.</i>							
INÍCIO <i>14:40</i>			TERMINO <i>18:30</i>		DURAÇÃO <i>3:50</i>		ROTINA <i>x</i>		EMERGÊNCIA	EXTRA

SpO ₂	91	99	91	91	91	99	94	91	99	91	91	99							
------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

HORA		OBSERVAÇÕES
A	0	1) Anestesia local
G	2	2) Morfina 80 mg
E		3) Clonidine 60 mg
N		4) Cefazolina (2)
T		5) Ropivacina (2)
E		6) Ondansetrona (2)
S	15:50 - 5:00 - 5:00	7) Difenidramina (2)
CÓDIGO		8) Dexametasona (2)
ANESTESIA X	220	9) Difenidramina (2)
OPERAÇÃO ⊙	200	10) Etilefrina (2)
INTUBAÇÃO X	180	11) Atropina (2)
ENDOTRAQUEAL	160	
PRES. SISTOL.	140	
PRES. DIÁSTOL.	120	
PULSO.	100	
	80	
RESP. ASSIST.	60	
RESP. EXPONT.	40	
RESP. CONTR.	20	
POSICÃO		

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
 ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

Honório José, américo, pires, Vinícius, muller, ABC e outros 17.

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO -

REGISTRO DE MONITORAMENTO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nome completo: Frederico dos Santos

Data de nascimento: 01/05/74

REGISTRO DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data: 02/11/18 Horário: 14:40 Cirurgia Realizada: Furto de Tatuagem no braço
 Hora de admissão na RA: 18:50 Anestesia: glicínicos Cirurgião: gato pelin Tipo de anestesia: raquianestesia

CONTROLES

PERÍODO	HORA	TEMPERATURA	FC	FR	PA(mmHg)	DOR/SCORE	ESCALA DE DOR
a cada 15 min	18:50	34,9	66	19	87/53	0	SEM DOR
a cada 15 min	19:05	35,2	65	21	93/54	0	1
a cada 15 min	19:20	35,4	63	21	93/54	0	2 DOR LEVE
a cada 15 min	19:35	35,6	69	21	100/65	0	3
a cada 30 min							4
a cada 30 min							5 DOR MODERADA
a cada hora							6
a cada hora							7
a cada hora							8
a cada hora							9 DOR INTENSA

Gênero: Caplar mg/dl HORA: 18:50
 Serviço de Enfermagem: Enfermagem
 Assinatura e carimbo: [Assinatura]

CRITÉRIOS AVALIADOS PELO ÍNDICE DE STEWARD (0A 3 PONTOS)

Índice de avaliação	Condição	Score
Consciência	Acordado	2
	Responde a estímulos	1
	Não responsivo	0
Vias aéreas	Fosse ao comando verbal ou choro	2
	Manutenção das vias aéreas	1
	Requer assistência da via aérea	0
Movimentação	Movimento intencional dos membros	2
	Movimentos não intencionais	1
	Sem movimentação	0

SCORE: 0

ÍNDICE DE ALBRETE-KROHLK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1
	Apneia	0
Circulação	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	2
	Pressão arterial em 20% a 45% do nível pré-anestésico	1
	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação	Capaz de manter saturação de O ₂ > 92% respirando ar	2
	Necessita de O ₂ suplementar para manter a saturação de O ₂ > 90%	1
	Saturação de O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0

SCORE: 4

Médico: [Assinatura]
 Assinatura e carimbo: [Assinatura]

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA
 Médico: [Assinatura]
 Assinatura e carimbo: [Assinatura]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 18:53

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]	Nº: 46381958	02/11/2019	às 18:48
--	--------------	------------	----------

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S823	[1]
---------------------	------	-----

Diagnóstico Cirúrgico	S823	[1]
-----------------------	------	-----

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	02/11/2019	[1]
------------------	------------	-----

Hora Da Cirurgia	18:48	[1]
------------------	-------	-----

Cirurgia	TRATAMENTO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL	[1]
----------	---------------------------------------	-----

Cirurgião	JOAO ROLIM	[1]
-----------	------------	-----

Anestesista	JILIELISON	[1]
-------------	------------	-----

Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB RAQUIANESTESIA PREPARO ORTOPÉDICO DE ROTINA + GARROTE ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA CAMPEAMENTO ESTÉRIL ACESSO POSTEROLATERAL E HEMOSTASIA REDUÇÃO DA FRATURA TIBIAL POSTERIOR COM PLACA DCP 3.5 REDUÇÃO DA FRATURA DA FIBULA NO TORNOZELO COM PLACA DCP 3.5 ENXERTO ÓSSEO ACESSO MEDIAL E HEMOSRASIA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MELEOLO MEDIAL E REPARO LIGAMENTAR DO DELTOIDE IRRIGAÇÃO COM SF SUTURA POR PLANOS E CURATIVO	[1]
---------------------	--	-----

Códigos Dos Procedimentos	30728142 30728126 30727138 30732026 EM MOSSORÓ	[1]
---------------------------	--	-----

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM RJ 8001 - TEOT 10293

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 810296 Nº: 46374868 02/11/2019 às 14:47
[1]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	02/11/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	FRATURAS DE TIBIA	[1]
Cirurgia	14:45	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	CENTRO CIRURGICO	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM.	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	Sim.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.	[1]
Exames Complementares	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não se aplica.	[1]
Tricotomia	Sim.	[1]
Banho Pre-Operatório	Não se aplica.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Refere Alergia		
Se sim, especifique	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]
Paciente Está Em Jejum		
Quanto Tempo	8	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	Sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	Sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	Sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não se aplica.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.	[1]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	Sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita e Esquerda.	[1]
Paciente Certo	Sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	Sim.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim.	[1]
Checação Completa Dos Equipamentos	Sim.	[1]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim.	[1]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	Sim.	[1]
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	Sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	Sim.	[1]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	Sim.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	Sim.	[1]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Sim.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	Sim.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]

PRÉ-NOTA

Nº KIT: 4797646

Atendimento: 63195573 Prontuário: 9578012 JEAN CARLOS DOS SANTOS HAPVIDA MOSSO

Cirurgia Prog.: 30728096 FRATURA DE TORNOZELO - TRATAMENTO CONSERVADOR Cirurgia Realizada:

Sala Cirúrgica: SALA CIRURGICA 1A Setor Emissor: FARMACIA SATELITE - HRF

Equipe Médica: CIRURGIAO
PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO
SEGUNDO AUXILIO CIRURGICO
TERCEIRO AUXILIO CIRURGICO
ANESTESISTA
CIRCULANTE
INSTRUMENTADORA

DALIANE ANTONIA

Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado	Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado
0	Materiais Médico-Hospitalares					116970	REMIFENTANILA 2MG PO LIOFILO INJ FRAP FRAP	1			
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD(AGULHA)	2	2	2	03	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO				2
27847	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD()	1	1			43788	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 1000 ML TUBO 1000 ML				
27871	AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD()	2		2		43796	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 250 ML TUBO 250 ML				
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD()	2	2	2	04	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	1	1	1	
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML()	50	50	50		43826	SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1 500ML TUBO 500 ML				
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1	2		2		48680	SORO GLICOSADO 5% 250ML TUBO 250 ML(GL)				
27926	ARRUELA P/ MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 U	5	5	5		48844	SORO GLICOSADO 5% 500ML TUBO 500 ML(GL)				
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD()	4	4	4	08	83941	SUFENTANILA 10MCG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 1	1			
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD()	2		2		83925	SUFENTANILA 250MCG/5ML SOL INJ AMPL AMPL	1			
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD()	3		3		39543	TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 2 M		1		
30090	ATADURA DE GESSO 20 CM - 1 UD()	2		2		45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 M	1	1	1	
30183	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD()	1	1	1							
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD()	1	1	1	01						
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD()	1	1	1							
48488	CIDEX-SOLUCAO GLUTARALD 2% 28 D FR C/5										
135886	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	100	100	100							
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 100	100	100	100							
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5	4	4	2							
26190	COMPRESSA OPERATORIA 50X45 ESTERIL - 1										
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD()	1	1	1	08						
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4.5M TUBO 450	100	100	100							
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD()	6	6	4	08						
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD(TOUCA DES	4	4	4							
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD(ESPARAD	1	1	1							
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD()	1	1		01						
51284	LATEX - 1 MT()										
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT()	4	4	1							
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA()	5	5	5							
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA(LUVA DESC.	2	2								
30650	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA(LUVA DESC.	2	2		02						
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA(LUVA DESC.	2	2								
30732	MALHA TUBULAR 12 CM ROLO 1500 CM()	100	100	100							
50622	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/1	4	4	4							
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM()	50	50								
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD()	4	4	4							
30992	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML()	3	3								
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML()	2	2	2	01						
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML()	2	2	2							
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML()	2	2	2							
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD()	1		1							
147256	TRANSOFIX - 1 UD()	1		1							
0	Medicamentos										
78069	ALFENTANILA 544MCG/ML INJ 5ML AMPL AMPL	1	1								
139799	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD(CLONIDINA 150	1	1								
154754	DEXTRACETAMINA 100MG/2ML INJ FRAP AMPL	1	1								
38075	DIAZEPAM 10MG/2ML SOL. INJ. AMPL AMPL 2 M	1	1								
38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML(DIPIRONA AMP	2	2	2							
41327	ETOMIDATO 2MG/ML INJ AMPL 10ML AMPL 10 M	1	1								
40479	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 10ML FRAP 10 M	1									
139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 M	1	1	1							
145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1									
40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML(M	1	1	1							
124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML(MO	1	1								
118477	MORFINA 10MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML(MO	1	1								
46671	NALBUFINA 10MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML(NA	1	1								
46248	NALOXONA 0,4MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML(N	1	1								
58609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD(CETOPROFEN	1	1	1							
48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ. AMPL 20ML AMPL 20 M	1	1	1							

PROC: FRATURAS DO TORNOZELO - TRAT I
COD: 30728096

KIT: 000004797646

DT. MONTAGEM: 01/11/2019 20:24

AUX. RESP: 27689115-RAINEYRE RAFA DO VALE RODRIGUES

KIT COMPLETO: SIM () NAO (X)

Data: 02/11/2019

Pág. 1 de 1



Nome completo: João Carlos dos Santos Data de nascimento: 08/05/74 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 02/11/19 Hora: 19:50 Unidade de origem: Centro Cirúrgico Unidade de destino: Intensivos
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta (x) moquillo

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Pré-operatório de Fratura de Tornozelo Direito

Diagnóstico(s): _____

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

SpO2 _____ % Escore de dor _____

Medicamentos em uso _____

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

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

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

Acessos vasculares () Não (x) Sim () CVC () CVP () PICC () Port a cath (x) Outros: AVC MSE

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

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

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

Curativos () Não (x) Sim Qual produto?: F.O. EM MTD

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

Motorização (x) Não () Sim Qual?: _____

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

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

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

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes (x) Não () Sim () HAS () DM () JAVC () DPOC () Outros: _____

Alergias (x) Não () Sim Qual?: _____

Procedimentos realizados () Não (x) Sim Qual?: Tot. Linfoático Urol. Tor. D. Data: 02/11/19

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

AVALIAÇÃO

A Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS.

RECOMENDAÇÕES

R Recomendações especiais e pendências

() Não () Sim Qual(is)?: _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

Foi realizado o exame: () Não () Sim

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

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

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

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

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 18:44

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS; MEDICO; CRM 10511 [1]	Nº: 46381797	02/11/2019	às 18:43
--	--------------	------------	----------

IDENTIFICAÇÃO			
Nome	JEAN CARLOS DOS SANTOS		[1]
Sexo	Masculino.		[1]
Idade	45 A 5 M		[1]
Data De Nascimento	08/05/1974		[1]
Nº Atendimento	63195573		[1]
DADOS DO PACIENTE			
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO			
CID10 Primário	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		[1]
COMORBIDADES			
GRAU DE INDEPENDÊNCIA			
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS			
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS			
Principal	TRATAMENTO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL MULTIFRAGMENTAR		[1]
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES			
ALTA HOSPITALAR			
Total De Dias	4 Dias		[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8881 - TEOT 10293

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

02/11/2019 18:48

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 63195573

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF

Leito: 310232/1

Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENTEADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]

Nº: 46381945 02/11/2019 às 18:47

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

POS OP DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL

[1]

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8281 - TEOT 10293

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 18:56

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]		Nº: 46382188	02/11/2019 às 18:55

DIAGNÓSTICOS

CID10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]
CID10	S923 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada	TRATAMENTO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL	[1]
Cirurgião	JOAO ROLIM	[1]
Tipo De Anestesia / Sedação	RAQUI	[1]
Data da Cirurgia	02/11/2019	[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8094 - TEOT 10293

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
 Convenio: HAPVIDA MOSSORO
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF

Dt. Nasc.: 08/05/1974
 Nº Prescrição: 0024468070
 Leito: 310232/1

Atendimento: 63195573
 02/11/2019 às 18:45
 Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

Emissão 02/11/2019 21:44

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

HORÁRIOS

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min Acesso Periférico 22:00

SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.83 ml/Kcal/dia 500ml
 3. CEFOTAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV 03/11/2019 00:00
 (D1/1) Agua Destilada 10ml

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV 03/11/2019 00:00
 Soro Fisiológico 0.9% 100ml

5. DIFENIDRAMINA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV 03/11/2019 00:00
 Agua Destilada 18 ml

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV SN 03/11/2019 00:00
 Soro Fisiológico 0.9% 100ml

7. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV 03/11/2019 00:00
 Agua Destilada 18 ml

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO SN

9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA

10. PUNCAO C/ JELCO SN

11. SINAIS VITAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

15.

Claudineide Felipe Bezerra
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RN 346.087

Claudineide Felipe Bezerra
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RN 346.087

Angeli Rita da Costa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RN 774189

Claudineide Felipe Bezerra
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RN 346.087

Angeli Rita da Costa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RN 774189

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

03/11/2019 10:26

Paciente: JEÁN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 83195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: POSTO INTERNACAO	Leito: ERF-03/2	
Profissional(is): ANA KARINA DA SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 578816 [1]		Nº: 46399047	03/11/2019 às 10:24

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMETRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS INTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLACIDO, RHA +, COM FIXADOR EM MID. AVP EM MSE COM JELCO Nº 20. PACIENTE REALIZOU RAIOS X, RECEBE ALTA HOSPITALAR POR DR. JOÃO ROLIM, DIA 03/11/2019.	[1]
------------------------	--	-----

ALERGIAS

Alergias	NÃO	[1]
----------	-----	-----

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)	0	[1]
--------------	---	-----

AVALIAÇÃO DE RISCO

Broncoaspiração	Sim	[1]
Flebite	Sim	[1]
Hipoglicemia	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Sem Dispositivos Invasivos	Sim	[1]
----------------------------	-----	-----

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

02/11/2019 19:32

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 63195573

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF

Leito: 310232/1

Profissional(is): FLAVIA GUERRA CAVALCANTE, ENFERMEIRO(A), COREN 527982 [1]

Nº: 46369765 02/11/2019 às 11:52

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE DO SEXO MASCULINO ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR, PROCEDENTE DE SUA RESIDÊNCIA, PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMETRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS INTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLACIDO, RHA +, DIETA ZERO, COM FIXADOR EM MID. PUNÇIONADO AVP EM MSE COM JELCO Nº 20.
14:40 - INICIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO COM SOB BLOQUEIO ANESTESICO COM ANESTESIA RAQUE.
18:30 - TERMINO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.
18:40 - PACIENTE TRANSFERIDO PARA CRO. SEGUE EM AR AMBIENTE E MONITORIZAÇÃO POR PNI E OXIMETRIA DE PULSO.
19:40 - PACIENTE TRANSFERIDO PARA INTERNAMENTO EM MACA, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO. PACIENTE PERMANECE CONSCIENTE E ORIENTADO, RESTRITO AO LEITO, SOB EFEITO ANESTÉSICO, EUPNEICO, EM AR AMBIENTE, PELE INTEGRAS, SSVV DENTRO DAS NORMALIDADES. CURATIVO EM FO LIMPO E SECO, EM AVP COM JELCO Nº 20 VIABILIZANDO HV. DIURESE ESPONTANEA. MM SEM ANORMALIDADES

[1]

ALERGIAS

Alergias

NÃO

[1]

AValiação de Dor

Dor (0 A 10)

0

[1]

AValiação de Risco

Broncoaspiração

Sim

[1]

Flebite

Sim

[1]

Hipoglicemia

Sim

[1]

Infecção Primária De Corrente Sanguínea

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSD

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

03/11/2019 02:09

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 63195573

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Posto: POSTO INTERNACAO

Leito: ERF-03/2

Profissional(is): ELISA MAIA DIAS, ENFERMEIRO(A), COREN 00479520 [1]

Nº: 46390838 03/11/2019 às 02:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMETRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS ÍNTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLACIDO, RHA +, DIETA ZERO, COM FIXADOR EM MID. AVP EM MSE COM JELCO Nº 20.

[1]

ALERGIAS

Alergias

NÃO

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Broncoaspiração

Sim

[1]

Flebite

Sim

[1]

Hipoglicemia

Sim

[1]

Infecção Primária De Corrente Sanguínea

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSD

[1]



Nome completo: Jeon Carlos dos Santos

Data de nascimento: 08/08/74 Número do registro profissional: 63195578

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 03.11.2019 Hora: 09 Unidade de origem: Internamento Unidade de destino: Raio X
Responsável pelo transporte: Maqueno (Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico / Fisioterapeuta)

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Realizar Raio X
Diagnóstico(s): PO de fratura torácica D
Sinais Vitais: PA 120 mmHg FC 70 bpm SpO2 98 % Escala de dor: 0

Medicamentos em uso

Riscos gerenciados	☒ Não se aplica	() Flebite	() TEV	() LPP	() Queda	() Outros
Protocolos gerenciados	☒ Não se aplica	() Sepse	() Dor torácica	() Outros		
Suporte de oxigênio	☒ Não	() Sim	() Cateter	() Fluxo	() Nebulização	() Outros
Acesso vascular	☒ Não	() Sim	() CVC	() CVP	() PICC	() Portacath
Sondas, drenos, ostomias	☒ Não	() Sim	Qual?			
Quais dispositivos	() Não	☒ Sim	Qual? <u>AUP</u>			
Lesão de pele	() Não	() Sim	Local			Estágio
Curativos	() Não	☒ Sim	Qual produto?			
Prevenção	☒ Não	() Sim	() Contato	() Acrossôis	() Glicúlicas	
Monitorização	☒ Não	() Sim	Qual?			
Nível de consciência	☒ Consciente	() Confuso	() Sonolento	() Comatoso		
Locomoção	☒ Deambula sem auxílio	() Deambula com auxílio	() Acamado			
Transporte utilizado	() Cadeira de rodas	() Maca	() Incribadora de transporte			<u>Maqueno</u>

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes	☒ Não	() Sim	() HAS	() DM	() AVC	() PICC	() Outros
Antiquas	☒ Não	() Sim	Qual?				
Procedimentos realizados	() Não	☒ Sim	Qual? <u>PO de fratura torácica</u>				
Válvulas, drenos, barreiras	☒ Não	() Sim	Qual?				

AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

Sem intercorrências

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências

☒ Não () Sim Qual(is)?

Exames Pendentes:

Assinatura do Enfermeiro Responsável: Ana Karina

Enfermeiro
COREN-RN: 576.818

Nome/Cargo do Enfermeiro Responsável: Unidade de Destino

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

Realizou exame: () Não () Sim

Se o paciente apresentou intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual?

Conduta médica: () Não () Sim Qual?

Exames para anatomia patológica (biópsia): () Não () Sim

Exames de laboratório: mmHg FC bpm PR

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 810296	Nº: 46377307	02/11/2019	às 16:09
---	--------------	------------	----------

[1]

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento	08/05/1974	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Peso Atual	85 kg	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora	14:40	[1]
Hora		

Descrição	RECEBO PACIENTE NO CENTRO CIRURGICO CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO ACONPANHADO POR FAMILIARES. 14:40 INICIO DA ANESTESIA RAQUE 14:50 INICIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO. 18:40TERMINO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO PACIENTE TRANSFERIDO DO S.O PARA O CRO EM MACA ACONANHADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM. 20:00PACIENTE TRANSFERIDO DO CRO PARA O POSTO DE ENFERMAGEM EM MACA ACONPANHADO POR EQUIPE DE ENFERMAGEM.	[1]
-----------	--	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Plasma Diagnósticos

Sede: Rua Melo Franco, 59 - Centro
Unidade HAPVIDA 24h: Av. Diocesana, 260 - Nova Betânia
Unidade CMCM: Rua José Otávio, 113 - Centro
Unidade MasterClin: Rua Chico Pedro, 13 - Alto de São Manoel
Unidade Abolição: Av. Abel Coelho, 1455 Lj. 02 - Abolição 4
SAC: (84) 3321.8008 / 3321.8435 / 98829.4792
www.plasmadiagnosticos.com.br



003000079366

Paciente JEAN CARLOS DOS SANTOS	Coleta 03- Unidade 24 Horas	Idade 45 (A)
Médico ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA	Entrega 01- Impresso	Data da Coleta 18/10/19 15:13
Convênio HAPVIDA ELETIVO		Data da Entrega 02/11/19 09:29

RESULTADO

HEMOGRAMA

*** Analisador Automático - ABX Pentra XL 80 - Horiba Medical ***

Eritrograma

Hemácias em milhões:	4,27 u ³
Hemoglobina	13,4 g/dL
Hematócrito	38,3 g/dL
V.M.	89,69 fL
LCM	31,38 pg
CHCM	34,98 g/dL
RDW	15,0 %

Valores de Referência	
Homens	Mulheres
4,5 - 6,5	4,0 - 5,6
13,5 - 18,0	11,5 - 16,0
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0
82,0 - 93,0	
27,0 - 32,0	
32,0 - 36,0	
12,0 - 16,0	

Leucograma

Leucócitos	9.300 /mm ³
Neutrófilos 88 %	8.184 /mm ³
Linfócitos 0 %	0 /mm ³
Monócitos 88 %	8.184 /mm ³
Eosinófilos 1 %	93 /mm ³
Basófilos 8 %	744 /mm ³
Plaquetas 3 %	279 /mm ³
	278.000 /mm ³

Valores de Referência	
4.000 - 11.000	
54 - 62	2.700 - 6.200
3 - 5	150 - 500
54 - 62	2.700 - 6.200
2 - 5	100 - 500
20 - 35	1.000 - 3.500
3 - 8	150 - 800
150.000 - 450.000	


Dr. Denato Junier de Holanda
CRF 3217/RN



003000079366

Paciente	JEAN CARLOS DOS SANTOS	Idade	45 (A)
Médico	ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA	Coleta	03- Unidade 24 Horas
Convênio	HAPVIDA ELETIVO	Entrega	01- Impresso
		Data da Coleta	19/10/19 15:13
		Data da Entrega	02/11/19 09:29

RESULTADO

GLICOSE

101,0 mg/dL

Método: Enzimático Colorimétrico

R: 60 a 99 mg/dL

Comentário: -Glicemia de jejum entre 100 a 125 mg/dL: Glicemia de jejum inapropriada (GJI). -Glicemia de jejum acima de 125 mg/dL: Critério para diagnóstico da Diabetes mellitus. -Recomendações da American Diabetes Association (2004).

URÉIA

29 mg/dL

Método: Urease Modificado

R: 10 a 50 mg/dL

CREATININA

0,81 mg/dL

Material: Soro

Método: Cinético Colorimétrico

R: 0,70 - 1,20 mg/dL

Estimativa Ritmo da Filtração Glomerular

103 mL/min/1,73 m²

R: Valor Desejável/Recomendado: Estimativa REG: Maior que 60 mL/min/1,73 m²

Dr. Donato Junior de Holanda
CRF 3217/RN

Prontuário: 9576012

HORÁRIOS

ORAL

From: John Patrick McElroy
 Corp: 408.507-5446

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 23/10/2019 10:31

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024317840
Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983
23/10/2019 às 10:21
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

ACOCHOADA MEDIO

10:00 ;

15-COMPRESSÃO COM ÉTER

10:00 ;

Preservado data e SNO

ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Formulário Prescrição Médica
CORTE-4016-507-ENP

Prontuário: 9576012

Peso: 80.00 kg

CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 20

Curativo Médio+Sf+Gaze Acolchoada

SCIRO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 A 1

CIENTIFICUM 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 30

$$E = \frac{1}{2}(\dot{\phi}_1^2 + \dot{\phi}_2^2) + V(\phi_1, \phi_2), \quad \text{with } V(\phi_1, \phi_2) = \frac{1}{2}(m_1^2\phi_1^2 + m_2^2\phi_2^2) + \frac{\lambda}{4}(\phi_1^2 + \phi_2^2)^2.$$
[illegible]

4479 (44) (1994) 11, 2507. *Journal of the Royal Microscopical Society*, 114, 1994, 2507.

11. 1997年10月1日起执行的《中华人民共和国个人所得税法》规定，工资、薪金所得适用超额累进税率，税率为（ ）。 Y

$$H^0(\mathcal{O}_X) \otimes H^0(\mathcal{O}_{\tilde{X}}) = H^0(\mathcal{O}_{\tilde{X}'} \oplus \mathcal{O}_{\tilde{X}''}) = H^0(\mathcal{O}_{\tilde{X}'}) \oplus H^0(\mathcal{O}_{\tilde{X}''}) = H^0(\mathcal{O}_{\tilde{X}'}) \oplus H^0(\mathcal{O}_{\tilde{X}}).$$

2 001-4970-0000 711-2901000

DATE RECEIVED: 06/05/15 PCT 15 CH 2

CONCLUSION

NADPH-HISOL-0.9% 100ML TUBO 100A2

100 µL + 100 µL DISCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2

AGUA DESTILADA 200ML 20 ML AMPL 20 ML 2

LEVA DE PROCEDIMENTO P. CX 50 PA

THEORETICAL AND EXPERIMENTAL STUDY OF THE EFFECT OF THE INITIAL CONCENTRATION OF THE REACTANTS ON THE RATE OF THE REACTION	2
--	---

2

RESEARCH AND SPECIAL TOPICS

2 EQUINE HEALTH SAMPLES - 100

REFLECTIONS 103

IP: 192.85.4.101

CHIEF OF POLICE - 1700

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/10/2019 10:36

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	

Profissional(is): FRANCISCA JOSIANE PACOAL MARTINS, ENFERMEIRO(A), COREN 548507	Nº: 45905427	23/10/2019	às 10:35
[1]			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem
PLANTÃO MT 23/10/2019

J.C.S, sexo masculino, 45 anos. HD: 1º PO de Fratura da Tibia Direita.

[1]

Translado de Mossoró

Evolui consciente e orientada, verbalizando suas NHB's, em repouso no leito.

SSVV estáveis: Normotensa, normocárdica, afebril. Eupneica em ar ambiente

Dieta geral com boa aceitação.

CVP perfuro p/ TM + HV + ATB (Cefalotina)

Tórax simétrico, sem abaulamentos.

Abdome plano, indolor a palpação

Diurese presente, evacuações ausentes

Mantido curativo de FO, limpo e seco externamente. Fixador externo em MID.

Segue aos cuidados da equipe. Por hora Dr Tacito avaliou o paciente e vai programar cirurgia para amanhã ou sexta.

#GERENCIAMENTO DE RISCO:
RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: Atenção ao manuseio, orientar ao paciente quanto ao dispositivo em uso.

RISCO DE FLEBITE: Inspeccionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV. Renovar acesso a cada 72 horas, conforme rotina da instituição.

AValiação de RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	BAIXO RISCO,	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
---------------------------------	-----	-----

Francisca Josiane Pacoal Martins
24-10-2019 10:37 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24328263	24/10/2019 às 00:41	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES (COREN 454496)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00 18:00
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
ATIVIDADE MOTORA	Manhã	Tarde	Noite
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

M. Renata do N. Pontes
 Enfermeira
 COREN-CE-454.496

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
24/10/2019 00:42

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24328271	24/10/2019 às 00:42	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a): MARIA RENATA DO NASCIMENTO P	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Mantido:
HIGIENE ORAL E CORPORAL	Manhã Tarde Noite

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã Tarde Noite
REDAVAR VESSELO VENOSO	

MAR. Renata do N. Pontes
Enfermeiro
COREN-CE: 454.496



ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 24/10/2019 09:48

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc. 06/05/1974
Nº Prescrição: 24332656
Leito: 40162

Atendimento: 62878983
Prontuário: 9576012
Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3:3h ORAL

			Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico
2. Hidratação Venosa	Fase Única	20.83	ml/cálculo	500 ml		
SORO FISIOLÓGICO 0.9%		1g				
3. CEFALOTINA (1.00g) (D2I2)	Soro Fisiológico 0.9%	100 ml	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	6/6h	EV	
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0.9%	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV	
5. DIFIRONA AMP (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	
			18 ml			
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0.9%	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	
			100 ml			
Alta vigilância						
7. PLAVET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	
			18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA						
10. PUNÇÃO C/ JELCO						
11. SINAIS VITAIS						
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						
15. COMPRESSÃO COM FTR						

Profissionais:

Dr. Saulo Lacerda
CREMEC: 14256
TEOT: 15.369

RP1541

SAULO LACERDA BORGES DE SA

IP: 192.85.4.101

24/10/2019 09:48

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024332656
Leito: 4016/2
Atendimento: 62878983
24/10/2019 às 09:48
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

Emissão 24/10/2019 09:58

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

09:00 ; 12:00 ; 15:00 ; 18:00 ;
21:00 ; 25/10 - 00:00 ; 25/10 - 03:00 ;

HORÁRIOS

2. Hidratação Venosa Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min Acesso Periférico

11:00 ;

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500ml

3. CEFALOTINA (1.00g) (D2/2) Soro Fisiológico 0,9% 1g 1 FRAP (FRAP C/1GR) 6/6h EV

12:00 ; 18:00 ; 25/10 - 00:00 ;
25/10 - 06:00 ;

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 1 FRAP (FRAP C/100MG) 8/8h EV

14:00 ; 22:00 ; 25/10 - 06:00 ;

5. DAPIRONA AMP (500.00mg/ml) Água Destilada 1000mg 2 ML (AMP L C/ 500MG) 6/6h EV

12:00 ; 18:00 ; 25/10 - 00:00 ;
25/10 - 06:00 ;

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 2 ML (AMP L C/ 100MG) 8/8h EV

SN

Alta vigilância

7. PLAMET (5.00mg/ml) Água Destilada 10mg 2 ML (AMP L C/ 10MG) 8/8h EV

14:00 ; 22:00 ; 25/10 - 06:00 ;

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO SN

09:00 ;

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

09:00 ;

10. PUNCAO C/ JELCO SN

10:00 ;

11. SINAIS VITAIS

12:00 ;

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE SN

Prontuário: 9576012
Prontuário: 9576012
Prontuário: 9576012



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0024332656	24/10/2019 às 09:48	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Peso: 80.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	
PORTOVAC		10:00	:
14.CURATIVO COM ATADURA E GAZE		09:00	:
ACOCHOADA MEDIO			
15.COMPRESSÃO COM ETER	SN		

Reservado para o SIND
ENTEROFIX
Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☒ Indica item checado.

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFORDt. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024332656
Leito: 4016/2
Atendimento: 62878983
24/10/2019 às 09:48
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
-----------	------	-----------	------	-----------	------	-----------	------

PLAMET

HV Vol.Total: 500.00 Vtg.

BROMOPRIDA 1MG/2ML SOL. INJ AMPL 2ML 1	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 L1	
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1	5	XYLOCAINA GELIA 2% BRN 30 GR	5	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1	1	LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1	TORNEIRA DO VIAS - 1 UD	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1		
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	Retirada De Dreno De Portovac			
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2		
DIPIRONA AMP		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML AMPL 10 ML 5	5		
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	2	LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1		
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1		
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50		
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	30		
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2		
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 20	20		
CETOPROFENO IV		Curativo Medio+Sf+Gaze Acolchoada			
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3		
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1		
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50		
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L1	1		
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3	TRANSORIX - 1 UD	1		
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1	1	Curativo Com Atadura E Gaze Acolchoada Medi			
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L1	1	GAZE ACOLOCHADA 15X30 PCT 30 CM	2		
Puncão C/ Jelco		ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2		
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	CEFALOTINA			
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	5	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L2	2		
EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	2		
WFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4		
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2		
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2		
CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD 1	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20		
Sondagem Vesical De Alivio		EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2		
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2	KEFLIN FRAP 1 UD	2		
CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50	50	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/10/2019 09:04

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DI. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	

Profissional(is): ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA, ENFERMEIRO(A), COREN 457309 [1] Nº: 45948450 24/10/2019 às 08:56

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

PACIENTE. J.C.S. SEXO MASCULINO. 45 ANOS, HD: 3º PO DE FRAT. DE TORNOZELO DIREITO.

[1]

- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB's, EM REPOUSO NO LEITO.
- BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL
- AVP EM MSE FUNCIONANTE P/ TM + ATB, EM USO DE CEFALOTINA
- TORAX SIMETRICO
- ABDOMEN PLANO, E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. FIXADOR EXTERNO MID.
- DIURESE ESPONTANEA. EVACUAÇÕES PRESENTE
- SEGUE SEM QUEIXAS. E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCO
 INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGISTICOS.
 RENOVAR CVP A CADA 72HS.

AValiação de RISCO

Flebite	Sim	
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	
Queda Adulto (Morse)	MÉDIO RISCO.	

 Erica Pinheiro
 COREN 457309 - ENF

[1]

[1]

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim
--------------------------	-----

[1]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24343184	25/10/2019 às 00:11	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a):	IRIS ROQUE DE PAIVA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades
Laterais Levantadas

Mantido:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mantido:

13/10/2019 14:12
Enfermeiro(a)
Cristina Souza

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9578012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24343186	25/10/2019 às 00:12	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: IRIS ROQUE DE PAIVA (COREN 525824)			
1 - OBSERVAR			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

IRIS ROQUE DE PAIVA
25/10/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc. 08/05/1974
Nº Prescrição: 24345989
Leito: 401612
25/10/2019 às 08:15

Atendimento: 62878983
Prontuário: 9576012
Peso: 80,00 Kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		33h	ORAL		CRM-8260
2. Infusão Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7,00 g/min	CRM-8260
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		20,83 ml	500 ml		
3. CEFALOTINA (1-00g)		1g	1 FRAP (FRAP C/1GR)	6/6h	CRM-8260
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml			Suspensão às 12:18 hs de 26/10/19
4. CETOPROFENO IV (100,00mg)		100mg	1 FRAP (FRAP C/100MG)	8/8h	CRM-8260
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml			
5. DILPICONA AMP (500,00mg/ml)		1000mg	2 ML (AMP C/500MG)	6/6h	CRM-8260
Água Destilada		18 ml			
6. TRAMADOL (50,00mg/ml)		100mg	2 ML (AMP C/100MG)	8/8h	CRM-8260
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml			
Alta viglância					
7. PLAMET (5,00mg/ml)		10mg	2 ML (AMP C/10MG)	8/8h	CRM-8260
Água Destilada		18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO					CRM-8260
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA					CRM-8260
10. PUNÇÃO C/ JELCO					CRM-8260
11. SINAIS VITAIS					CRM-8260
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					CRM-8260
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					CRM-8260
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					CRM-8260
15. COMPRESSÃO COM ETER					CRM-8260
16. Alta em: 25/10/2019					CRM-8260
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA		ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO			

Profissionais: CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-8260

Pac.: **ite JEAN CARLOS DOS SANTOS**
Convênio: **HAPVIDA**
Posto: **POSTO 4B - HAPFOR**

Dt. Nasc.: **08/05/1974**
Nº Prescrição: **24345989**
Leito: **40162**
25/10/2019 às 08:15

Atendimento: **62878983**
Prontuário: **9576012**
Peso: **80.00 kg**

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	CRM-8260
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 20.83 mEq/cálculo	500 ml	CRM-8260
3. CEFALOTINA (1.00g) (D12)	Soro Fisiológico 0.9%	1g 1 FRAP (FRAP CI 1GR)	6/6h EV
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0.9%	100mg 1 FRAP (FRAP CI 100MG)	8/8h EV
5. DIFIRONA AMP (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg 2 ML (AMP PL CI 500MG)	6/6h EV
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0.9%	100mg 2 ML (AMP PL CI 100MG)	8/8h EV
7. FLAMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10mg 2 ML (AMP PL CI 10MG)	8/8h EV
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO			SN
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA			SN
10. PUNCAO CI JEICO			SN
11. SINAIS VITAIS			SN
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS			SN
13. RETIRADA DE DRENO DE POROVAC			SN
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO			SN
15. COMPRESSÃO COM ÉTER			SN

Profissionais: CRM-8260 **RAFAEL BEZERIL NOGUEIRA**

Rafael
Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM: CE 8260

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 09:16

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	

Profissional(is): FRANCISCA JOSIANE PACOAL MARTINS, ENFERMEIRO(A), COREN 548507 [1]	Nº: 45997875 25/10/2019 às 09:14
---	----------------------------------

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

 PLANTÃO MT 25/10/2019
 PACIENTE. J.C.S. SEXO MASCULINO. 45 ANOS, HD: 3º PO DE FRÁT.
 DE TORNOZELO DIREITO.

[1]

- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB's, EM REPOUSO NO LEITO.
- BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL
- AVP EM MSE FUNCIONANTE P/ TM + ATB, EM USO DE CEFALOTINA
- TORAX SIMETRICO
- ABDOMEN PLANO, E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. FIXADOR EXTERNO MID.
- DIURESE ESPONTANEA. EVACUAÇÕES PRESENTE
- SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE. POR HORA AGUARDA AVALIAÇÃO O DR JOÃO ROLIM PARA POSSÍVEL PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE FIXADOR A TARDE.

#GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: Atenção ao manuseio, orientar ao paciente quanto ao dispositivo em uso.

RISCO DE FLEBITE: Inspeccionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV. Renovar acesso a cada 72 horas, conforme rotina da instituição.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	BAIXO RISCO.	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
--------------------------	-----	-----

Francisca Josiane Pacoal Martins
 COREN 548.507 - ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 22:12

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES, ENFERMEIRO(A), COREN 454496 [1]	Nº: 46031842	25/10/2019	às 22:08

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE, J.C.S. SEXO MASCULINO, 45 ANOS, HD; 3º PO DE FRAT, DE TORNOZELO DIREITO,

[1]

- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB'S, EM REPOUSO NO LEITO.
- BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL.
- AVP EM MSE FUNCIONANTE.
- TORAX SIMETRICO
- ABDOMEN PLANO, E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE.
- FIXADOR EXTERNO MID.
- DIURESE ESPONTANEA. EVACUAÇÕES PRESENTE
- OBS: PACIENTE SEGUE DE ALTA MÉDICA, AGUARDANDO REMOÇÃO PARA MOSSORÓ. PREVISÃO DE CHEGADA DE AMBULANCIA É POR VOLTA DE 01HS. GESTORA ALESSANDRA CIENTE.
- SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

#GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: Atenção ao manuseio, orientar ao paciente quanto ao dispositivo em uso.
RISCO DE FLEBITE: Inspeccionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV. Renovar acesso a cada 72 horas, conforme rotina da instituição.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
--------------------------	-----	-----

M. Renata do N. Pontes
Enfermeira
COREN-CE: 454.496

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 03:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Professional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS, MÉDICO, CRM 15348 [1]

Nº: 45789268 21/10/2019 às 03:56

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#ORTOPEDIA

[1]

-PCT EM PO-IMEDIATO POR FX OSSOS DA PERNA COM FIXADOR
EXTERNO TRANSARTICULAR À DIREITA.

-CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIA. PCT EVOLUI BEM.

-CD:

A SR

AGUARDA AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO TRAUMA PARA A
POSSIBILIDADE DE SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO.

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]


DR CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS
MÉDICO
CRM 15348

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 08:27

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]		Nº: 45794936	21/10/2019 às 08:26

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 POS OP DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL COM FIXADOR EXTERNO
EVOLUI ESTÁVEL MAS AINDA SEM CONDIÇÕES DE SÍNTESE
DEFINITIVA PLEO LINFEDEMA GRAVE
CONDUTA - VPM

[1]

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE JA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

DL Nasc.: 06/05/1974

Assistência: 62978963

Procedimento: 8675012

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leitor: 40762

Profissional(s): RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA MÉDICO, CRM 859171

Nº: 45848148 22/10/2019 às 08:22

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

2. POR OP DE FRATURA DE PULÃO TIBIAL COM FIXADOR EXTERNO EVOLUI ESTÁVEL MAS AINDA SEM CONDIÇÕES DE SÍNTese DEFINITIVA DEO UNFEDERA GRAVE. SOLICITO TC DE PLAVALTO TIBIAL CONJUNTA. SE MELHORA AMANHÃ FAREMOS A SÍNTese DEFINITIVA A TAMBÉ.

CID 10

S803 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

T11

Dr. Rafael Bezerra Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

23/10/2019 10:20

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**Paciente:** JEAN CARLOS DOS SANTOS**DT. Nasc.:** 08/05/1974**Atendimento:** 62878983**Prontuário:** 9576012**Convênio:** HAPVIDA**Posto:** POSTO 4B - HAPFOR**Leito:** 4016/2**Profissional(is):** TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO CRM 14108 [1] Nº: 45904495 23/10/2019 às 10:19**REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO****Evolução Do Paciente**3 PO DE FIXADOR EXTERNO POR FX DE PILA TIBIAL D
EVOLUI COM EDEMA ACENTUADO DE PARTES MOLES,
APRESENTANDO AINDA MAS CONDIÇÕES DE ABORDAGEM
CIRÚRGICA PARA HOJE

[1]

CD: REAVALIAR PARA ABORDAGEM DEFINITIVA NA QUINTA OU
SEXTA PELA MANHÃ

CID 10

S623 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]


Táció Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEOT 15349

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/10/2019 09:47

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 4B - HAPFOR Leito: 4016/2

Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA, MÉDICO, CRM 14255 [1] Nº: 45951178 24/10/2019 às 09:46

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

4 PO DE FIXADOR EXTERNO POR FX DE PILA TIBIAL D
EVOLUI COM EDEMA ACENTUADO DE PARTES MOLES,
APRESENTANDO AINDA MAS CONDIÇÕES DE ABORDAGEM
CIRÚRGICA PARA HOJE

[1]

CD: REAVALIAR PARA ABORDAGEM DEFINITIVA NA SEXTA PELA
MANHÃ

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]


Dr. Saulo Lacerda
CREMEC: 14255
TEOT: 15.369

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 13:48

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8280 [1]	Nº: 46012063	25/10/2019	às 13:47

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	sem condições de fazer a cirurgia pelo linfedema programado com d rjao rolim para ser realizado dia 02/11 em Mossoro	[1]
CID 10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]



Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8280

Clara Mendes do Santos 45 anos,
HRT - Hepática mesado RX 11:40 hA

19/10/2019

REC-1
01-16
11:32:00
11:32:00
11:32:00

I 12.5 11.40 11.23

g11

V1

V4

V5

II

g11

V2

V5

III

g11

V2

V5

IV

g11

V2

V5

V

g11

V2

V5

**CONTROLE E REGISTRO
DOS MATERIAIS
ESTERELIZADOS E
UTILIZADOS NO TRANS-
OPERATÓRIO**

Nome: Juan Carlos dos Santos

Data Nascimento: 08 / 05 / 1974

Atendimento: 62678983

Médico: Dr:

Procedimento: Fixação externa

Técnicos de sala: Silvania + Paula

Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim () Não (☒)

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA
<u>Plástica</u>	<u>19. 10. 2019</u>	<u>0709</u>	<u>508</u>	<u>Ar.</u>
<u>Vesical</u>	<u>20. 10. 2019</u>	<u>0756</u>	<u>844/2</u>	<u>-</u>

134°C-5.3mins/121°C-15mins



LOT 033471

**A ANEXAR ETIQUETAS DE
BANDEJAS DE CME COM CÓDIGOS E
INTEGRADORES**

ANTONIO PRUDENTE **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da Caixa: Plástica Método de Esterilização: Á VAPOR

22/10/2019

ANTONIO PRUDENTE **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da Caixa	<u>Vesical</u>	Método de Esterilização	<u>Á VAPOR</u>
Nome da Caixa	<u>Vesical</u>	Data de esterilização	<u>20-10-19</u>
Nº Caixa	<u>0756</u>	Volume em uso	<u>20 04-2</u>
Responsável pelo	<u>Dr. Juan</u>	Volume	<u>844/2</u>

PACIENTE

Rel CK

2016
negam
2016?



RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 24/10/19
Nº PRONTUÁRIO: 62828993

NOME COMPLETO: Antonio Prudente DATA NASC: 08/05/34 IDADE: 45 PESO: 70 SEXO: M (F)

CIRURGIA REALIZADA: Fúndula B. Bruno CIRURGIÃO: Dr. D. D. D. D. HORA DA ENTRADA NA RPA: 04:10

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (l/rpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dL)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
04:10	130/74	65	18	36.2	-	98	0	Aus
04:25	128/69	60	18	35.2	-	98	0	Aus
04:30	140/35	65	18	35.6	-	98	0	Aus
04:55	109/65	60	18	36	-	98	0	Aus
05:10	135/64	65	18	36	-	98	0	Aus
05:40	124/30	60	18	36	-	98	0	Aus
06:10	110/65	60	18	36	-	98	0	Aus

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
Respiração	E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
	E capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
Circulação	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
Consciência	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% de nível anestésico	1
Saturação de O ₂	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
	E capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO2	TOTAL
04:10	1	1	2	2	2	7
05:10	1	1	2	2	2	7
06:10	1	1	2	2	2	7

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO DA ATUA DA RPA: 04:10 07:00
MÉDICO: Dr. Paulo Roberto Guedes
ENFERMEIRO(A): Enfermeiro(a)
Dra. Cássia Marques
Fisioterapeuta
C.R.C. 13553

PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Seam Carlos dos Santos
Data de nascimento	08/03/94
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Enunci (tue)
Procedimento a ser realizado	Fratura tibial

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		MSD

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

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

Local e data: Fortaleza 21/10/19 Horário: 01:00

Seam Carlos dos Santos

Karlane Matos
Téc. Enfermagem
COREN 641172

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Nome completo: João Carlos dos Santos Data de nascimento: 03/05/74 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 24/10/19 Hora: _____ Unidade de origem: E.P.A Unidade de destino: IA (4016)
 Responsável pelo transporte: ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Qtd Omeprazol
 Diagnóstico(s): Emet. JVPIC
 Sinais Vitais: PA 123/68 mmHg FC 69 bpm FR 18 rpm T 36.4
 SpO2 99 % Escala de dor: _____
 Medicamentos em uso: _____
 Riscos gerenciados: ☐ Não se aplica ☒ Flebite ☐ TEV ☐ ILPP ☒ Queda ☐ Outros: _____
 Protocolos gerenciados: ☒ Não se aplica ☐ Sepsis ☐ Dor torácica ☐ Outros: _____
 Suporte de oxigênio: ☒ Não ☐ Sim ☐ Cateter: _____ l/min ☐ Nebulização: _____ l/min ☐ Ventilação mecânica: _____
 Acessos vasculares: ☐ Não ☐ Sim ☐ CVC ☒ JVP ☐ PICC ☐ Port a cath ☐ Outros: _____
 Sondas, drenos, ostomias: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
 Outros dispositivos: ☐ Não ☒ Sim Qual?: Fixador externo na HSG
 Lesão de pele: ☒ Não ☒ Sim Local: _____ Estágio: _____
 Curativos: ☐ Não ☒ Sim Qual produto?: _____
 Precaução: ☒ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Aerosóis ☐ Gotículas
 Monitorização: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
 Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso
 Locomoção: ☒ Deambula sem auxílio ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado
 Transporte utilizado: ☐ Cadeira de rodas ☒ Maca ☐ Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: ☐ Não ☐ Sim ☐ HAS ☐ DM ☐ JAVC ☐ DPOC ☐ Outros: _____
 Alergias: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
 Procedimentos realizados: ☐ Não ☐ Sim Qual?: _____
 Valores, crenças, barreiras: ☐ Não ☐ Sim Qual?: _____

Data: ____/____/____

AValiação

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências

☐ Não ☐ Sim Qual(s): _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Origem: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: _____

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

Foi realizado o exame: ☐ Não ☒ Sim
 Paciente apresentou intercorrência durante o exame: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____
 Conduta imediata: ☐ Não ☒ Sim Qual: _____
 Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? ☐ Não ☒ Sim
 Sinais Vitais: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm T: _____ °C

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: _____

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1 Data da Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: Juan Carlos da Silva Data de Nascimento: 08.05.1974
 Nº do prontuário: 5672 Data de admissão: 20.10.19
 Leito: _____ Data da realização da escala: _____

Item	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	2
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	2
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	2
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alegre e calmo	2
		2	Depressivo	
		3	Anioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	2
		2	Comprometido auditivo	
		3	Comprometido visual	
		4	Comprometido sensorial	
F	Mobilidade/ equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	2
		1	Acausado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeira de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
		4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	
G	Atividades nas eliminações	1	Não	2
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				

Jefferson F. Carneiro
 COREN-CE 519.637-ENF

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO	10-20	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral prévio	Neutropenia
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmoses
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Desorientação	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corpórea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Arritmia	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX: hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

Nome completo: João Carlos dos SantosData de nascimento: 20/10/19

Número do registro hospi

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 20/10/19 Hora: 14h Unidade de origem: U.C. Campes Unidade de destino: U.C.
Responsável pelo transporte: ☒ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Transferência

Diagnóstico(s): Tuberculose

Sinais Vitais: PA: 120/80 mmHg FC: 70 bpm FR: 18 rpm T: 36,5 °C

SpO2: 98 % Escala de dor: 0

Medicamentos em uso: Isotonia

Riscos gerenciados: ☒ Não se aplica ☐ Flebite ☐ TEV ☐ LPP ☐ Queda ☐ Outros:

Protocolos gerenciados: ☒ Não se aplica ☐ Sepsis ☐ Dor torácica ☐ Outros:

Suporte de oxigênio: ☐ Não ☐ Sim ☐ Cateter l/min ☐ Nebulização l/min ☐ Ventilação mecânica

Acessos vasculares: ☐ Não ☐ Sim ☐ CVC ☐ PICC ☐ Port a cath ☐ Outros:

Sondas, drenos, ostomias: ☒ Não ☐ Sim Qual?:

Outros dispositivos: ☐ Não ☐ Sim Qual?:

Lesão de pele: ☒ Não ☐ Sim Local: Costas Estágio:

Curativos: ☐ Não ☐ Sim Qual produto?:

Precaução: ☐ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Aerossóis ☐ Gotículas

Monitorização: ☐ Não ☐ Sim Qual?:

Nível de consciência: ☐ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso

Locomoção: ☐ Deambula sem auxílio ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado

Transporte utilizado: ☒ Cadeira de rodas ☐ Maca ☐ Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: ☒ Não ☐ Sim ☐ HAS ☐ DM ☐ AVC ☐ DPOC ☐ Outros:

Alergias: ☒ Não ☐ Sim Qual?:

Procedimentos realizados: ☒ Não ☐ Sim Qual?:

Valores, crenças, barreiras: ☒ Não ☐ Sim Qual?:

Data: 20/10/19

AVALIAÇÃO

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências

☐ Não ☐ Sim Qual(is)?:

Exames Pendentes:

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem: João Carlos dos Santos

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

COREN-CE 519.537-ENF

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

Foi realizado o exame: ☐ Não ☐ Sim

Paciente apresentou intercorrência durante o exame: ☐ Não ☐ Sim Qual:

Conduta imediata: ☐ Não ☐ Sim Qual:

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

Sinais Vitais: PA: 120/80 mmHg FC: 70 bpm FR: 18 rpm T: 36,5 °C

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

20/10/2019 14:43

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]

Nº: 45772349 20/10/2019 às 14:40

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	À DEFINIR	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA DIREITA	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMG CIRURGICA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Exames Complementares	Sim. LAB + RX + TC + ECG.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

21/10/2019 03:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]
 MARIA SILVANIA MORAES MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 879196 [2]
 MARIA SILVANIA MORAES MELO COREN 879196 [3]

Nº: 45772349 20/10/2019 às 14:40

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 20/10/2019 [1]

Hora Da Cirurgia À DEFINIR [1]

Cirurgia FRATURA DE TIBIA DIREITA [1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente EMG CIRURGICA [1]

Identidade Do Paciente Sim. [1]

Exames Complementares Sim. LAB + RX + TC + ECG. [1]

Retirada De Adornos/Próteses Sim. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia Sim. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia Sim. [1]

Banho Pre-Operatório Sim. [1]

Paciente Refere Alergia NÃO. [1]

Paciente Está Em Jejum SIM. [1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente sim. [2]

Opme Checado Em Sala Cirurgica sim. [2]

Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica Não. [3]

Anestésias Do Paciente São Conhecidas Não. [2]

Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica sim. [2]

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea Não. [2]

Via Aérea Difícil Não. [2]

Confirmação De Vaga Em Uti Não. [2]

Kit Cirurgico Completo Em Sala sim. [2]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia sim. [2]

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião sim. [3]

Verificação De Anestésica Concluída sim. [3]

Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento sim. [3]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função sim. [3]

Paciente Certo sim. [3]

Sítio Cirúrgico Identificado sim. [3]

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Procedimento	sim.	[3]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[3]
Checgem Completa Dos Equipamentos	sim.	[3]
Antibiotico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[3]
Checgem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[3]
Esterilização Do Material Confirmada E Valddada	sim.	[3]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[3]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[3]
AC RMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[3]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	sim.	[3]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[3]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[3]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[3]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		[3]
Especificar	sim	

REGULAÇÃO

TIPO DE REMOÇÃO: Remoção simples

PACIENTE: JEAN CARLOS DOS SANTOS **DN:** 08/05/1974 45 ANOS
CÓD: B5202000115002016 **DIAS DE CARÊNCIA:** 1902 DIAS **TEMPO DE PLANO:** 2A e5M

REGULADO COM DR: JOÃO ROLIM

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TORNOZELO D.

HOSPITAL DESTINO: Hospital Antônio Prudente – HAPFOR-
HOSPITAL DE ORIGEM: Hospital Rodolfo Fernandes -HRF – MOSSORÓ-RN

ENFERMEIRA DO CENTRO CIRÚRGICO :HAPFOR- (85) 3277-4030
jaqueline

ENFERMEIRA DO TRAUMA :HAPFOR- (85) 3277-4013
Luana vieira

ENFERMEIRA HOSPITAL ORIGEM: HRF (84) 3315-6800
Aliana Gurgel

SUPERVISÃO – HAPFOR-(85)9.9129-0345
Luana

CENTRAL DE LEITO– HAPFOR-(85)3277-4343
Ranieri

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: HRF
Ilnahra Uchôa - ciente

DIREÇÃO MEDICA : HRF
Dr: Narcisio Bessa – ciente

DIREÇÃO ADMINISTRATIVA : HRF
Leiliane Cortez -ciente

OBS: PACIENTE VAI PARA REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA DIA 20/10/19 POR VOLTA DAS 14:00 HS, CONFORME SOLICITAÇÃO DE DR. JOÃO ROLIM.

Mossoró, 19 de outubro de 2019

Aliana Carla Fernandes Gurgel
COREN/RN - 481275
ENFERMEIRA
Aliana Carla Fernandes Gurgel
Coren/rn 481275
Enfermeira

REGULAÇÃO

TIPO DE REMOÇÃO: Remoção simples

PACIENTE: JEAN CARLOS DOS SANTOS **DN:** 08/05/1974 45 ANOS
CÓD: B5202000115002016 **DIAS DE CARÊNCIA:** 1902 DIAS **TEMPO DE PLANO:** 2A e5M

REGULADO COM DR: JOÃO ROLIM

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TORNOZELO D.

HOSPITAL DESTINO: Hospital Antônio Prudente – HAPFOR-
HOSPITAL DE ORIGEM: Hospital Rodolfo Fernandes -HRF – MOSSORÓ-RN

ENFERMEIRA DO CENTRO CIRÚRGICO :HAPFOR- (85) 3277-4030
Jaqueline

ENFERMEIRA DO TRAUMA :HAPFOR- (85) 3277-4013
Luana vieira

ENFERMEIRA HOSPITAL ORIGEM: HRF (84) 3315-6800
Aliana Gurgel

SUPERVISÃO – HAPFOR-(85)9.9129-0345
Luana

CENTRAL DE LEITO– HAPFOR-(85)3277-4343
Ranieri

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: HRF
Ilhahra Uchóa - ciente

DIREÇÃO MÉDICA : HRF
Dr: Narcísio Bessa – ciente

DIREÇÃO ADMINISTRATIVA : HRF
Leiliane Cortez -ciente

OBS: PACIENTE VAI PARA REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA DIA 20/10/19 POR VOLTA DAS 14:00 HS, CONFORME SOLICITAÇÃO DE DR. JOÃO ROLIM.

Mossoró, 19 de outubro de 2019


Aliana Carla Fernandes Gurgel
COREN/RN - 481275
Enfermeira



003000079366

Paciente	JEAN CARLOS DOS SANTOS	Idade	45 (A)
Médico	ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA	Coleta	03- Unidade 24 Horas
Convênio	HAPVIDA ELETIVO	Entrega	01- Impresso
		Data da Coleta	19/10/19 15:13
		Data da Entrega	19/10/19 17:09

RESULTADO

TAP - TEMPO DE PROTROMBINA

Tempo do Paciente.....	13,60	seg	11,00 a 12,50
Tempo Controle.....	13,00	seg.	
Atividade Protrombinica.....	87,00	%	70,00 a 100,00
Relação.....	1,04		
INR.....	1,07		Até 1,26
Método : Tromboplastina Cálcica			

TTPA - TEMPO DE TROMB. PARCIAL ATIVA

Tempo de Tromboplastina Parcial ..	42,10		30,00 a 45,00
Ativado	1,35		
Relação P/N.....	31,00		
Controle Normal.....			
Método : Automatizado			

COAGULOGRAMA COMPLETO

Tempo de Coagulação.....	5:00	min.	5 a 10 minutos
Tempo de Sangramento.....	1:15	min.	1 a 3 minutos
Prova do Laço.....	Negativo		Negativo
Contagem de Plaquetas.....	278.000	mm3	150.000 a 400.000
Método :			


Dr. Denato Junior de Holanda
CRF 3217/RN



Paciente JEAN CARLOS DOS SANTOS	Idade 45 (A)
Médico ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA	Data da Coleta 19/10/19 15:13
Convênio HAPVIDA ELETIVO	Data da Entrega 19/10/19 17:09
Coleta 03- Unidade 24 Horas	Entrega 01- Impresso

RESULTADO

GLICOSE

Método : Enzimático Colorimétrico
V.R. : 60 a 99 mg/dL
Comentário: -Glicemia de jejum entre 100 a 125 mg/dL: Glicemia de jejum inapropriada (SJI).
-Glicemia de jejum acima de 125 mg/dL: Critério para diagnóstico da Diabetes mellitus.|-Recomendações da American Diabetes Association (2004).

101,0 mg/dL

URÉIA

Método : Urease Modificado
V.R. : 10 a 50 mg/dL

29 mg/dL

CREATININA

Material : Soro
Método : Cinético Colorimétrico
V.R. : 0,70 - 1,20 mg/dL

0,81 mg/dL

Estimativa Ritmo da Filtração Glomerular

V.R. : Valor Desejável/Recomendado: Estimativa RFG:
Maior que 60 mL/min/1,73 m2

103 mL/min/1,73 m2


Dr. Donato Junior de Holanda
CRF 3217/RH



Paciente JEAN CARLOS DOS SANTOS	Coleta 03- Unidade 24 Horas	Idade 45 (A)
Médico ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA	Entrega 01- Impresso	Data da Coleta 19/10/19 15:13
Convênio HAPVIDA ELETIVO		Data da Entrega 19/10/19 17:09

RESULTADO

HEMOGRAMA

*** Analisador Automático - ABX Pentra XL 80 - Horiba Medical ***

Eritrograma

Hemácias em milhões:	4,27 u ³
Hemoglobina	13,4 g/dL
Hematócrito	38,3 g/dL
VCM	89,69 fL
HCM	31,38 pg
CHCM	34,98 g/dL
RDW	15,0 %

Valores de Referência	
Homens	Mulheres
4,5 - 6,5	4,0 - 5,6
13,5 - 18,0	11,5 - 16,0
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0
82,0 - 93,0	
27,0 - 32,0	
32,0 - 36,0	
12,0 - 16,0	

Leucograma

Leucócitos	9.300 /mm ³
Neutrófilos	8.184 /mm ³
Bastões	0 /mm ³
Segmentados	8.184 /mm ³
Eosinófilos	93 /mm ³
Linfócitos	744 /mm ³
Monócitos	279 /mm ³
Plaquetas	278.000 /mm ³

Valores de Referência	
4.000 - 11.000	
54 - 62	2.700 - 6.200
3 - 5	150 - 500
54 - 62	2.700 - 6.200
2 - 5	100 - 500
20 - 35	1.000 - 3.500
3 - 8	150 - 800
150.000 - 450.000	


Dr. Donato Junior de Holanda
CRF 3217/RN



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64384 /2019

Admissão: 19/10/2019 10:16:20

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS (45 a 5 m 11 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 08/05/1974

Natural: MOSSORO, BRASIL

Prof:

CNS: 709808087653492

CPF: 96962119453

Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039

Cidade: MOSSORO

CEP: 59621060

Bairro: BARROCAS

Compl:

Telefone: 84.988446956

Tipo: REGULADO

*Empresa:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU RN

OBS: SAMU.

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

*Empresa:

Origem: SAMU RN

Classificação:
19/10/2019 10:12:48

PESO:

OBS: SAMU.

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	110 80		99		16				

EXAME FISICO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos. queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO
Hora: 10:25

Paciente, portador de queda de moto, trouxe contusão no tórax. Estava com cefaleia, o qual não se desprende da cabeça. Meia nêusea, e deformidade em tomazelo D. Afrouxa dor 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 em região de tomazelo D. Deformidade 2

Diagn. Inicial:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
PRESCRIÇÃO:			
1) Sólido Poço X de tomazelo D.			
2) Sólido Poço X de tomazelo D.			
3) Alta de Urgência com Reabilitação			
4) Dispnéia 2ml + 8ml, EV, Agudo.		10:45	RM 50
5) SFL 500 ml, EV.		10:45	RM 54

Romney Vieira Alves
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
CIRURGIA GERAL
CRM/RN 6382

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 582.1 Proc. 0408050497

Data: 1/19. Hr: : Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

(Assinatura e Carimbo)
Dr. Igo Walecio M. de Castro
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6429

Ortopedi.
Ra Fo 16 tano 26 b mst 1/6
Cn P2 56 Cn 51 mrgm
P1 p 20 y 25 65 tany 5

Dr. Igo Walesko M.D. Dr. Olin
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRAN 6429

hapvida

Faz bem pra você

(Preencher quando não houver solicitação)

Nome completo (paciente):

João Carlos dos Santos

Data de Nascimento: 08/05/1974

CPF:

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

20 de Outubro de 20 19

Hora: _____

Nome legível: _____

Assinatura: João Carlos dos Santos

CPF: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Marceli Casali
Médico Anestesiológista
CREMEC 11280

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Ademir de Sales Santos

Passagem:

Leito:

Prontuário:

45

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	PC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
65						Sólidos <u>8h</u> Líquidos <u>8h</u>	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

histerectomia

Cardio-circulatório ☒ Negativo
Tolerância ao exercício
☐ Hipertensão
☐ Angina
☐ Coronariopatia
☐ Infarto do miocárdio
☐ Insuf. Cardíaca
☐ Outras

Respiratório ☒ Negativo
☐ Dependência O₂
☐ Apnéia do sono
☐ IVAS recente
☐ Expectoração
☐ Outras

Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo
☐ Ref. Gastro-esofágico
☐ Úlcera péptica
☐ Vômito/ diarreia
☐ Hérnia de hiato
☐ Obst. intestinal
☐ Outras

Neurológico ☒ Negativo
☐ Convulsões
☐ Dormência/ fraqueza
☐ Lesão medular
☐ Outras

Renal ☒ Negativo
☐ Doença renal crônica
☐ Insuficiência renal
☐ Outras

Hematológico ☒ Negativo
☐ Transfusão prévia
☐ Plaquetopatia
☐ Outras

Músculo-esquelético ☒ Negativo
☐ Dor lombar
☐ Musculodistrofia
☐ Outras

Endócrino ☒ Negativo
☐ Diabetes tipo
☐ Patologia da tireóide
☐ Outras

Câncer ☒ Negativo
☐ Quimioterapia
☐ Radioterapia
☐ Outras

Infeccioso ☒ Negativo
☐ HIV
☐ Outras

Gravidez ☒ Negativo
Idade gestacional: _____ semanas

Crianças abaixo de 1 ano ☒ Negativo

Condições de Nascimento

☐ Internação ☐ Alta com a mãe
☐ Termo
☐ Pré-termo
Idade gestacional: _____ semanas
Idade pós-conceitual: _____ semanas
(Idade gesc. + idade atual)

Hábitos Sociais ☒ Negativo
☐ Tabaco ☐ Cigarros/dia
☐ Alcool ☐ Drogas
☐ Outras

Alergias ☒ Negativo
Tipo/Agente Reação

Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório
☐ Sim ☒ Não

Histórico familiar - problemas com anestesia
☐ Sim ☒ Não

Exame Físico

Cardíaco
Resp.
Neuro
Regional
Outro

Laboratório

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

Via aérea

História de via aérea difícil

☐ Sim ☒ Não

Mallampati

☐ I ☐ II ☐ III ☒ IV

Distância esterno/mento

_____ cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias ☒ Negativo

Tipagem sanguínea

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA

☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Emergência: ☐ Sim ☒ Não

Planejamento Anestésico

Comentários sobre os achados

Marcelo Casati
Médico Anestesiologista
CREMEC 11280



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

21/10/2019 04:

PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Local: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]
 MARIA SILVANIA MORAES MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 879196 [2]
 MARIA SILVANIA MORAES MELO COREN 879196 [3]

Nº: 45772438 20/10/2019 às 14:43

PACIENTE		[1]
Data De Admissão	20/10/2019	
PRÉ-OPERATÓRIO		[1]
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	20/10/2019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA DIREITA	[1]
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NÃO TOMA.	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Sim.	[1]
Internações Anteriores	NEGA	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	
Reserva de Hemoderivados		[1]
Higienização	Sim	[1]
Unhas, Dentes, Esmaltes E Maquiagem	Sim	
NUTRICIONAL / METABÓLICO		[1]
Jejum	Sim.	[1]
Conservado	Sim	
CONFORTO		[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		[1]
Data	20/10/2019	
Hora	14:46	
INTRA-OPERATÓRIO		[2]
Responsável Pelo Recebimento	TEC. KATIANE	[3]
Hora	03:00HS	[2]
Sala	01	[2]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	INTREGA	[3]
Início Da Anestesia	03:10MIN	[3]
Término Da Anestesia	04:00HS	[3]
Tempo Da Cirurgia	03:10MIN	

21/10/2019 04:

PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Evento: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Término Da Cirurgia	03:50MIN	[3]
Instrumentador	PAULA	[2]
Circulante	SILVANIA	[2]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.	[2]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[2]
Numero Total De Compressas Inseridas	10 UD	[2]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[2]
Medicações/hora	FICHA DE ANESTESIA	[2]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[2]
Clorexedine Degermante	Sim	[2]
Grau De Contaminação	Limpa.	[2]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[2]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	21.10.2019	[2]
Hora	03:30MIN	[2]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	J.C.S, 45 ANOS, PACIENTE ADMITIDO NO CC PARA SUBMETER A CIRURGIA DE FIXADOR EXTERNO MID, COM DR. DANIEL, SOB ANESTESIA RAQUE E SEDAÇÃO, COM DRA REISALLA, COM ACESSO PERIFERICO MSE, CURATIVO SIMPLES, PULSEIRA MSD, NEGA ALERGIAS, ENCAMINHADO PARA SRPA. SEGUEM EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	SIM	[2]
Punções Venosas	MSD	[3]

PÓS-OPERATÓRIO

Silvania

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/10/2019 14:50

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2
Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772438 20/10/2019 às 14:43

PACIENTE		
Data De Admissão	20/10/2019	[1]
PRÉ-OPERATÓRIO		
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	20/10/2019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA DIREITA	[1]
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NÃO TOMA.	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Sim.	[1]
Internações Anteriores	NEGA	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
Reserva de Hemoderivados		
Higienização	Sim	[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO		
Jejum	Sim.	[1]
Conservado	Sim	[1]
EFORTO		
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	20/10/2019	[1]
Hora	14:46	[1]
INTRA-OPERATÓRIO		
PÓS-OPERATÓRIO		

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64384 /2019

Admissão: 19/10/2019 10:16:20

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS (45 a 5 m 11 d)

Nascimento: 08/05/1974

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 709808087653492

CPF: 96962119453

Prof:

Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039

CEP: 59621060

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988446956

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU.

Classificação:						PESO:			
19/10/2019 10:12:48									
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	110 80		99		16				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos. queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO

Hora: 10:25

Paciente, vítima de queda de moto, trazido conforme protocolo. Estava com capacete, o qual não se desprende da cabeça. Nega náuseas, vômitos e febre de constância. Apresenta dor e deformidade em tornozelo D. A, B, C, D sem alterações. (D = EC615) E - Deformidade e dor em região de tornozelo D.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1	Idioma Poix de tornozelo D.			
2	Idioma Poix de tornozelo D.			
3	Alto da tórax (ver. Resposta), de Moissoro.			
4	Dipiridano 2ml + 8ml, EV. Capax.		10:45	14150
5	SPL 500 ml, EV.		10:45	14154
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO		Romel Vieira Alves CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO CIRURGIA GERAL CRM/RN 6352		

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

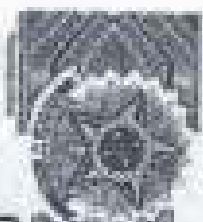
CID 882.9 Proc 0408050497

Data: / /19. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

(Assinatura e Carimbar)
Dr. Igo Wellesko M. de Lira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6429



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA AGRICULTURA
SECRETARIA DE AGRICULTURA
COORDENADORIA GERAL DE AGRICULTURA



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1760600409



JOÃO CARLOS DOS SANTOS

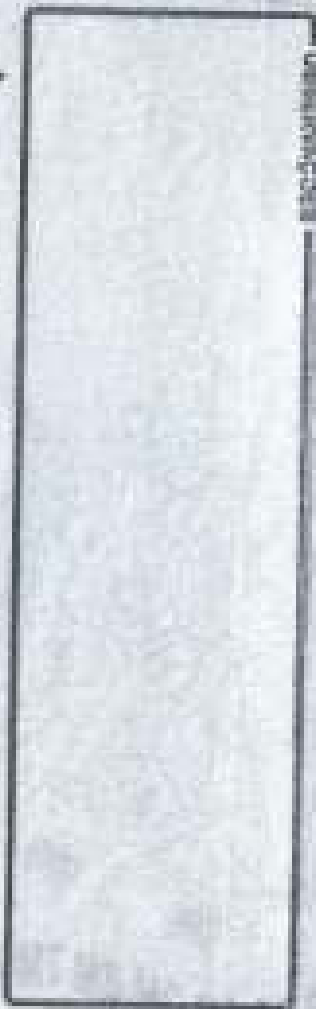
DOC. IDENTIDADE / DOC. EMISSOR / UF
001469666 002 RJ

CPF
969.681.194-53 DATA NASCIMENTO
08/08/1974

RAÇÃO
JOÃO FERNANDES DOS
SANTOS
SALOMINA AMORADO DOS
SANTOS

PERMISSÃO	ATC	CEL. POS.
00000000000000000000	000000000000000000	000000000000000000
VALIDADE	1ª EMISSÃO	
27/03/2024	27/10/2009	

DESCRIÇÃO



João Carlos dos Santos

LOCAL
ROSSIÓPO, RJ

DATA EMISSÃO
29/03/2019

Octávio Santiago Filho

Octávio Santiago Filho
Diretor Geral - Defesa/PEN

ATIVIDADE DO EMPREGADO

41388445170
RNT00452867

PROIBIDO PLASTIFICAR
1760600409

RIO GRANDE DO NORTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1828326648



PROIBIDO PLASTIFICAR

1828326648

NOME
CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3832882 SSP RN

CPF DATA NASCIMENTO
533.593.803-04 26/11/1975

FILIAÇÃO
FRANCISCO SILVA DE
CASTRO
MARIA DE FATIMA CARVALHO
CASTRO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
00764330271 16/09/2024 29/07/1999

OBSERVAÇÕES

A

Claudenor C de Castro

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
17/09/2019

Janielson Pereira da Oliveira
Diretor Geral - Detran RN

ASSINATURA DO EMISSOR

75884171859
RN706388143

RIO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES

DETRAN - RN Nº 014100528864
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 01188292193 2019

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

533.593.803-04 0686664
0686664/RN 9C2KD0810XR139146

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/MARCA APLICAVE ALCOOL-GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD 2013 2019

OCV/162 CILINDRAIS PARTICULARES VERMELHA

1 13/05/2013 1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

ALTERN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: RD08E1K139172

MOSSORO/RN 17/04/2019

Carlos Alexandre da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN-RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS E USUARIOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VANTAGEM OU POR SUA CARGA, APRESSO
TRANSFERRIDOS OU NÃO, SE GUO DPVAT

RN Nº 014100528864 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 622 1204

1 533.593.803-04 0686664
01188292193 HONDA/NXR160 BROS ESDD
2013 9 9C2KD0810XR139146

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNB (R\$) 100% (R\$) 100%
CUSTO DO BILHETE (R\$) 100% (R\$) 100%
COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELA DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.000/0001-04

MAR-2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

969.621.194-53

4 - Nome completo da vítima:

Sean Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo:

Sean Carlos dos Santos

7 - Profissão:

heliportista

8 - Endereço:

Herculesano Couto

6 - CPF:

969.621.194-53

11 - Bairro:

Bano cas

12 - Cidade:

Mossoro

9 - Número:

2039

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.621-000

16 - Tel.(DDD):

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1102

9

CONTA:

0020258

4

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (nascido)?

☐ 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 cliente, 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116247/20

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

CPF: 969.621.194-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: JEAN CARLOS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO : 533.593.803-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEAN CARLOS DOS SANTOS : 969.621.194-53

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: 16/04/2020
Nome: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO
CPF: 533.593.803-04

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Francisca Valeria Tavares de Miranda
CPF: 063.454.894-84

Francisca Valeria Tavares de Miranda

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Jean Carlos dos Santos, brasileiro (a), estado civil solteiro,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Herculano Couto,
Nº 2039 Bairro Barrocas, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.621-060,
portador(a) do RG nº 003469666, SSP/ RN e CPF nº 969.621.194-53.

Outorgado:

Claudemir Carvalho de Castro, brasileiro(a), estado civil _____,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Herculano Couto,
Nº 2039, Bairro Barrocas, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.621-060,
portador(a) do RG nº 3832882, SSP/ RN e CPF nº 533.593.803-04.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura Invalididez, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Jean Carlos dos Santos ocorrido em 29/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Mossoró, 25 de Novembro de 2019

SEGUNDO
OFÍCIO
DE NOTAS
DEBEM
SER
ASSINADAS
EM
LUGAR
DE
FIRMA

Jean Carlos dos Santos

Outorgante

CPF Nº 969.621.194-53

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE MOSSORÓ - RN
Rua Santos Dumont, 10 - Centro - Titular: LUANA MENDONÇA FERNANDES
CNPJ: 04.133.133/12 - E-mail: cartermossoror@notas.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: JEAN CARLOS DOS SANTOS [969.621.194-53].
Confira em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>
Selo Digital: RN201900949480037100PEN.
Mossoró-RN, 25 de novembro de 2019 14:14
Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabeliã
Substituta
Cp: Felipe Emol: 2,83 ISSQN: 0,14 - TOTAL: 2,97

AB156639

SELO DE AUTENTICIDADE

AB156639

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116247/20

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

CPF: 969.621.194-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: JEAN CARLOS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO : 533.593.803-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEAN CARLOS DOS SANTOS : 969.621.194-53

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: 16/04/2020
Nome: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO
CPF: 533.593.803-04

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Francisca Valeria Tavares de Miranda
CPF: 063.454.894-84

Francisca Valeria Tavares de Miranda

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149329

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEAN CARLOS DOS SANTOS

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

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149329

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEAN CARLOS DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001102-9

Conta: 000000020258-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

969.621.194-53

4 - Nome completo da vítima:

Sean Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo:

Sean Carlos dos Santos

7 - Profissão:

heliportista

8 - Endereço:

Herculano Couto

6 - CPF:

969.621.194-53

11 - Bairro:

Bomcos

12 - Cidade:

Mossoró

9 - Número:

2039

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.621-000

16 - Tel.(DDD):

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1102

9

CONTA:

0020258

4

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (nol nascor)?

☐ 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 cliente, 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059267/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 15:20 Data/Hora Fim: 14/11/2019 15:37
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 19/10/2019 09:35

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Avenida Abel Coelho

Bairro: Abolição
Nº: 407
CEP: 59.612-300

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEAN CARLOS DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 08/05/1974

Profissão: Leiturista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Em Serviço: Sim

Nome do Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 969.621.194-53

RG - Carteira de Identidade: 001469666

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: HERCULANO COUTO

Bairro: BARROCAS

Telefone: (84) 98886-7714 (Celular)

Nº: 2039

CEP: 59.621-060

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição moto envolvida acidente

Placa QGS6F64

Número do Motor KD08E1K139172

Ano/Modelo Fabricação 2019/2019

UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 533.593.803-04

Renavam 01188292193

Número do Chassi 9C2KD0810KR139146

Cor VERMELHA

Município Veículo Mossoró

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/04/2019



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 14/11/2019 15:38
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 059267/2019

Situação do Veículo	ALIENACAO FIDUCIARIA	Envolvimentos
Nome Envolvido	JEAN CARLOS DOS SANTOS	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo a motocicleta acima citada na Avenida Abel Coelho, Quando um carro freou bruscamente em sua frente; Que o comunicante não teve tempo de frear e acabou colidindo na traseiro do carro, Que caiu no chão e quebrou a tibia; Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital Regional Tarcisio Maia. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino

José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.338-2
Responsável pelo Atendimento

Jean Carlos dos Santos

JEAN CARLOS DOS SANTOS
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima asseridas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

969.621.194-53

4 - Nome completo da vítima:

Sean Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo:

Sean Carlos dos Santos

7 - Profissão:

heliportista

8 - Endereço:

Herculano Couto

6 - CPF:

969.621.194-53

11 - Bairro:

Bomcos

12 - Cidade:

Mossoró

9 - Número:

2039

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.621-000

16 - Tel.(DDD):

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1102

9

CONTA:

0020258

4

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (nascido)?

☐ 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 cliente, 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica Credi pelo Lei 10.438, de 26/04/03
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL
Consumo Residencial no Pólo Grande do Sul
Rua Benedito 160, Fone: 11411-1111 - Rio CEP 10033-270
CNPJ nº 04.194.012-01 - 31.1 set. 2019 - 30/09/2019 - com COSERN para p/

BAIXAR DO CLIENTE

RAIMUNDA ALCRACE DOS SANTOS

DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA ELÉTRICA
RUA HERCULANO COELHO 2059

Cpf 082.512.054-13

BARRIO CASARETA URBANA,
MOSSORO RN
59621-060

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

1º DE 2019

UNICA

10/10/2019

03/05/2019

UNICA

10/10/2019

18/10/2019

UNICA

10/10/2019

18/10/2019

UNICA

10/10/2019

DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA ELÉTRICA

121,03

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO
0486530014 10/2019
DATA DE VALIDAÇÃO
23/10/2019 18/11/2019
VALOR DA FATURA (R\$)

Consumo Abon. (kWh)
Aterramento Bandeira AMARELA
Aterramento Bandeira VERMELHA
Consumo kWh Fatura e Abon. (kWh)
Multa por atraso (R\$) 0,25000000 - 18/09/19
Juros por atraso (R\$) 0,78888888 - 18/09/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
151,00000000	0,68358708	103,126
		1,82
		3,86
		8,84
		1,94
		0,77

TOTAL DA FATURA

121,03

HISTÓRICO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

1º DE	2º DE	3º DE	4º DE	ANTERIOR		ATUAL		5º DE	CONSTATO	AJUSTE	COMISSÃO (por)
				DIA	LEITURA	DIA	LEITURA				
18/09/2019	19/09/2019	20/09/2019	21/09/2019	18/09/2019	14.371,00	19/09/2019	14.383,00	19	1.00000		0,00

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Claudemir Carvalho de Castro inscrito (a) no CPF sob o Nº 533.593.803 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jean Carlos dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.621.194 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima o mesmo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Herculano Castro</u>		Número <u>2039</u>	Complemento
Bairro <u>Bananas</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.621-060</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró, 23 de dezembro de 2020
Local e Data

Claudemir C de Castro
Assinatura do Declarante