



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	GILSON NASCIMENTO DA SILVA		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	
RG	2004009066281	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
CPF	019.692.643-22	PROFISSÃO	ESP DE QUALIDADE
ENDEREÇO	RUA ITAPOA, 1395		
BAIRRO	CANINDEZINHO	CEP	60732-150
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA - CEARA		
FONES	(15) 9940-9340 (15) 98753-4117		
E-MAIL	R527310@gmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

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

FORTALEZA (CE), 06 de ABRIL de 2020

X Gilson Nascimento da Silva
outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📍 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, GILSON NASCIMENTO DA SILVA
 Brasileiro(a), SOLTEIRO, Esp DE QUALIDADE, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 2004009066881 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
019.692.643-22, residente e domiciliado na cidade de
RUA ITAPOA, estado Ceará, na Rua
FORTALEZA, Nº 1395, CANINDEZINHO,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
 com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 06 de ABRIL de 20 20

X Gilson Nascimento da Silva

Declarante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📍 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, GILSON NASCIMENTO DA SILVA,
brasileiro(a), SOLTEIRO, ESP DE QUALIDADE, portador(a) do
RG nº 2004009066881, inscrito no CPF sob nº
019.692.643-22, residente e domiciliado no endereço
RUA ITAPOA, 1395 CANINDEZINHO

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

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

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 06 de ABRIL de 2020.

X Gilson Nascimento da Silva
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

@ najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO

Eu, GILSON NASCIMENTO DA SILVA,
 Brasileiro(a), SATEIRO, portador da cédula de Identidade Nº
2004009066881 E CPF Nº 019.692.643-22, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA ITAPOA, 1385 CANINDELINHO

na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60732-150, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
 declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
 DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
 fornecida.

Fortaleza, 06, de ABRIL, de 2020.

 DECLARANTE

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507
 ✉ najma.said.adv@gmail.com
 📱 najmasaid_adv
 📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
 Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>DILSON NAJIMENTO DA SILVA</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>RUA ITAPOA, 1395</u>		Profissão: <u>ESP DE QUALIDADE</u>
CPF nº: <u>019.692.643-22</u>	RG n: <u>0494009066881</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>CANINDEZINHO</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60732-150</u>	Telefone: <u>(81) 9940-9340 / (81) 9753-4117</u>	

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

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

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

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

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

FORTALEZA - CE de 06 de ABRIL de 2020

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

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

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

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

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

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

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

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

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

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85-98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051, Loja C, Monte Castelo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2004009066881 SSP CE

CPF 019.692.643-22 **DATA NASCIMENTO** 16/07/1988

FILIAÇÃO
 GERALDO PAULA DA SILVA
 MARIA DE FATIMA
 NASCIMENTO DA SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 AB

Nº REGISTRO 04694646420 **VALIDADE** 06/03/2020 **1ª HABILITAÇÃO** 10/07/2009

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

Gilson Nascimento da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO** 09/03/2015

Igor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

62809603184
 CE146518934

DETRAN - CE (CEARA)

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28 DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019714980

fls. 23



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 920 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 11:15:56**
Data / Hora da Ocorrência: **21/08/2019 21:21:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD RAIMUNDO PESSOA DE ARAÚJO, MUCUNÃ - MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILSON NASCIMENTO DA SILVA**
Nascimento: **16/07/1988** CPF:
RG: **2004009066881** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA**
GERALDO PAULA DA SILVA
Endereço: **RUA PADRE ITAPUA, 1395**
Bairro: **SIQUEIRA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **8753-4117**

Histórico

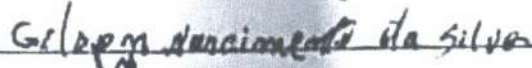
QUE NO DIA E HORA ACIMA INDICADOS ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, DE PLACAS NUR8400/CE, DE SUA PROPRIEDADE, SE DIRIGINDO PARA A RODOVIA CE 065 COM INTUITO DE IR PARA FORTALEZA; QUE NO ENTANTO AO TENTAR DESVIAR DE UM CACHORRO, VEIO A "DERRAPAR" E A MOTO CAIU LEVANDO O ORA DECLARANTE AO SOLO; QUE CAINDO NO CHÃO E PERCEBENDO QUE HAVIA SE LESIONADO LIGOU PARA SEU IRMÃO GILLIARD NASCIMENTO DA SILVA (CPF 011.413.583-52); QUE SEU REFERIDO IRMÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE PARA LHE SOCORRER E EM RAZÃO DO SEU IRMÃO E NAMORADA ANA CRISTINA PEREIRA DE SOUSA (CPF 063.399.013-28) TEREM VINDO AO LOCAL PREFERIU NÃO CHAMAR AMBULÂNCIA, DE FORMA QUE OS MESMOS OS LEVARAM AO HOSPITAL ANA LIMA EM MARACANAÚ; QUE AO CHEGAR AO HOSPITAL FICOU FEZ RAIOS X NO BRAÇO, JOELHO E PÉ E NO DIA SEGUINTE VOLTOU AO MESMO HOSPITAL PARA SER ATENDIDO POR UM TRAUMATOLOGISTA, MOMENTO EM QUE SE CONSTATOU FRATURA NO SEU PUNHO DIREITO; QUE NO PRESENTE MOMENTO AINDA SE ENCONTRA EM RECUPERAÇÃO DO REFERIDO ACIDENTE, JÁ TENDO REALIZADO CIRURGIA E AINDA PRECISANDO FAZER FISIOTERAPIA.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


ALINE CARLA DE SOUSA AGUIAR - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Gilson Nascimento da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA DO 28 DISTRITO POLICIAL

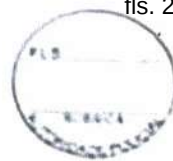
Consolidado em 08/10/2019 11 34:04

Pág. 1 de 2

Impresso em 08/10/2019 11 34 04



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL
Impresso n° 2019714980



fls. 24

BOLETIM DE Ocorrência N° 128 - 920 / 2019

CARINA DE FREITAS SOARES - MAT.: 30119762

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 08/10/2019 11:34:04

Pág. 2 de 2

Impresso em: 08/10/2019 11:34:04

Scanned by CamScanner

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 14/05/2020 às 11:45, sob o número 02279055320208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0227905-53.2020.8.06.0001 e código 6796EA6.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente:	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI. Nasco:	16/07/1988	Atendimento:	61475940	Prontuário:	11762736
Convênio:	HAPVIDA	Posto:		Leito:	/		
Profissional(is):	GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº:	43101937	21/08/2019	às	21:21	

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE. ATINDINDO MSD. ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME

[1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
ANALGESIA
RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR
MUSCULOESQUELÉTIC
A

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Gláuber Correia Melo
Assinatura

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
TOMOGRAFIA - HAL
Nº Pedido: 32576647

Data 22/08/2019

Pag 1 de 1

Paciente.: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento 16/07/1988 Sexo M RG 2004009066881 SSP CE CPF 01969264322

Endereço R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel 987534117

Convenio HAPVIDA

Matricula 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) GUILHERME DE CASTRO

Queixa Principal

DORES

Exame:

TC DO PUNHO DIREITO

!`R^KV

6147594051

TECNICA

Exame realizado em projeção axial e coronal com cortes de 2 0 mm de espessura sem administração de contraste

Análise

Fratura cominutiva do escafoide com deslocamento palmar do maior fragmento

Subluxação palmar do semilunar

Demais estruturas osseas de morfologia e textura normais

Demais espaços articulares de amplitude conservada

Edema das partes moles junto ao sítio de fratura

* Exame documentado em CD

RAIMUNDO NOBERTO DE LIMA NETO CRM 11966-CE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 33057310

fls. 27

Data 19/09/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento.: 16/07/1988 Sexo: M RG.: 2004009066881 SSP CE CPF.: 01969264322

Endereço...: R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150

Tel.: 987534117

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 50339000095000014

CENTRO CIRURGICO

Solicitante: Dr(a) IGOR RABELO DE SALE

Queixa Principal:

INTERNACAO

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS DIREITO

!a1IW

6214385231

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação metálica de fratura em escaféide.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 22:51

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nasc: 16/07/1988

Atendimento: 61475940

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA

Posto POSTO EMERGENCIA

Leito 824206/15

Profissional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]

Nº 43104595 21/08/2019 às 22:46

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE RETORNA COM MELHORA DE DOR APÓS ANALGESIA [1]

DEIXA-ME DÚVIDA AO ANALISAR, EM RADIOGRAFIA,
POSSIBILIDADE DE FRATURA EM OSSOS DO CARPO DIREITO
ASSIM, ORIENTO PROCURAR ATENDIMENTO NESTA UNIDADE COM
TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃ

CD
ANALGESIA
ATESTADO MÉDICO 3 DIAS
PROCURAR ATENDIMENTO COM TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃ

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS> [1]

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO
ESPECIFICADOS [1]

99 [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO
ESPECIFICADOS [1]

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO
ESPECIFICADOS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO
[Assinatura]
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

21/08/2019 21:28

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61475940

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]

Nº 43101937 21/08/2019 às 21:21

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS, DE CAPACETE, ATINDENDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME [1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
ANALGESIA
RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR
MUSCULOESQUELÉTIC
A [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Gláuber Correia Melo
Assinatura

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAISAtendimento
61502878

fls. 33



22/08/2019 22 03 26

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	M	16/07/1988	31
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2004009066881 SSP CE	1969264322			2-SOLTEIRO
Endereço				
R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732150				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/08/2019	19:57		
Médico Atendente			Clinica
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA			5 PQA (CENTRO CIRURGICO)
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA	
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
50339000095000014		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	03	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
41946003	99996666	D25824578	INTERNACAO
41946003	30721180	D25824578	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENTA



NOTA DE SALA

4735350

Atendimento:	61502878	Prontuário:	11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA		HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO IN			Tipo Anestesia:	SEDACAO
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	222	
Equipe Médica:	CIRURGIAO	1776126	BRUNO MOTA ALBUQUERQUE	CRM	11736	
	ANESTESISTA	3927954	EUZIANE LOPES SILVA	CRM	171012	
	CIRCULANTE	3132870	KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS	COREN	875887	
	INSTRUMENTADORA	1408321	ANA PAULA GOMES	COREN	544404	

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
31720	Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos	
27855	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
32450	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	2	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	3	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	50	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	100	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ AMPL 20ML AMPL 20 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD 10CM) ROLO 1 UD	60	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	5			
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	3			
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1 30X1 60 - 1 UD	2			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	2			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	1			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	19	Gases / Anestésicos	
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	250	19	TAXA DE SALA	Início 21 50 Fim 22 30
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	4	20	OXIGENIO	Início 21 50 Fim 22 30
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	1	16	MONITORIZAÇÃO	Início 21 50 Fim 22 30
31771	ETER ETILICO (UCOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	1	22	OXIMETRO DE PULSO	Início 21 50 Fim 22 30
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) P/NEO - 1 UD	60			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	50			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	1			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	8			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7 0 - 1 PA	4			
30660	LUVA DESC ESTERIL N-7 5 - 1 PA	5			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8 0 - 1 PA	2			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	2			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	2			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	120			
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	50			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	5			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	2			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

Data: 22/08/2019

Cirurgião: BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Anestesiista: EUZIANE LOPES SILVA

Pág. 1 de 1

FICHA DE ANESTESIA

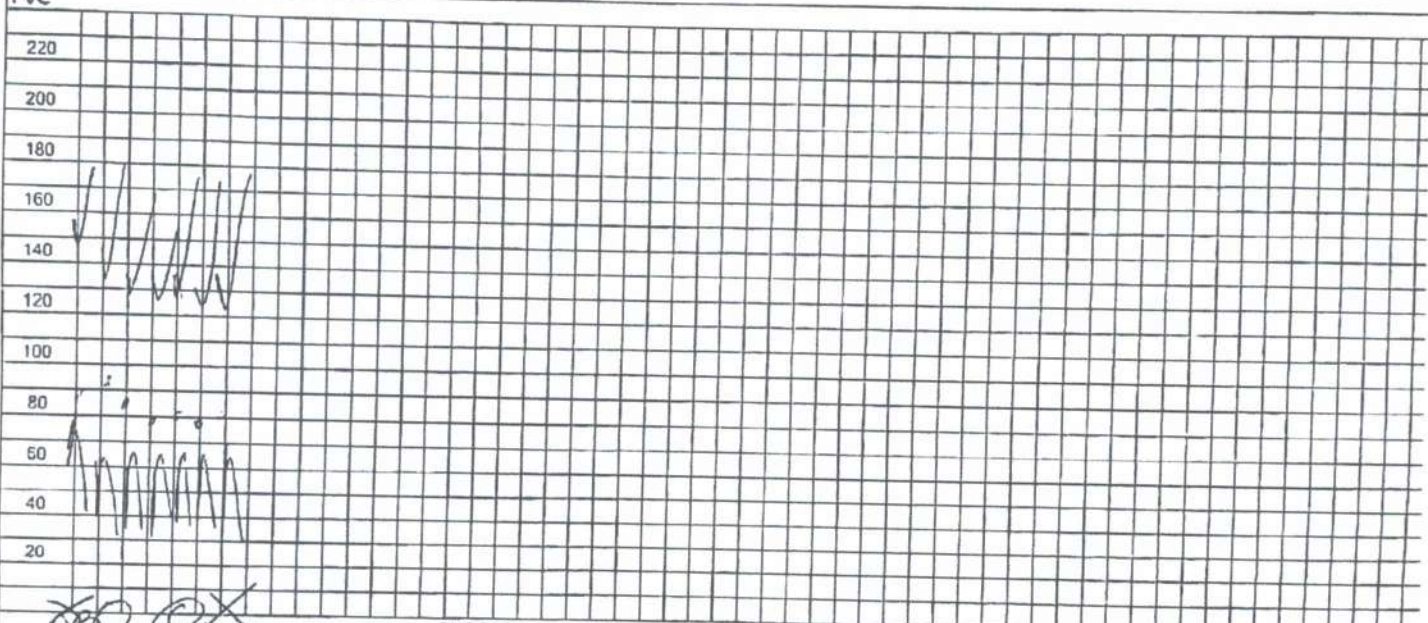
ANTONIO PRUDENTE

Nome: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Data: 22/03/19
 Idade: 31a Peso: 73kg Sexo: F M
 Prontuário: 11762736 Convênio: HAPVIA
 Diagnóstico: FASCIÃO DE PUNHA DIGNO
 Cirurgia: RECONSTRUÇÃO DE PUNHA DIGNO Anestesia: SEDACIÃO
 Cirurgião: DR. GILSON MOTA ASA: I

A	HOB	23.00
G	O ₂	
E	N ₂ O	
N	Ar	
T	FAR	
E	CEA	
S	Pao	

LÍQUIDOS

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂	ETC O ₂			



DROGAS			EVENTO			
1	FENTANYL 100mcg	9	A	Lubrificação + Check-UP		
2	CECILIA 20mg	10	B	Sedação		
3	Propofol 100mg	11	C			
4	Atropina 2mg	12	D			
5	NALOXONA 0.8mg	13	E			
6		14	F			
7		15	G			
8		16	H			
9		17	I			
10		18	J			
LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação	
LIQUIDOS	500-0				Oro	Naso
					Sonda:	
					Respiração	Assist
					Absorvedor de:	Mecân
						Sem
						Com
					Posição	Local da Puncão
					Agulha	Técnica:
					Início	Final
					Duração	

Condição final op: REG. CUPLEX - ESTÁVEL

Intercorrências per. op: EMUSCULAÇÃO P/ RPA

Ass. Anestesiista - CRM

Euzane Lopes Silva
 Anestesiologista
 CRM-CE 20390

FICHA DE ANESTESIA REF 74411

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 [1]

Nº: 43154003 22/08/2019 às 22:46

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S630

Diagnóstico Cirúrgico S630

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 22/08/2019

Hora Da Cirurgia 22:46

Cirurgia redução Incruenta do punho

Cirurgião bruno mota

Descrição Cirúrgica
paciente em ddh sob sedação
realizado redução Incruenta do punho
checado sob intensificador de imagens
tala axilo apimar
a rpa

Códigos Dos Procedimentos 30721180

Dr. Bruno Mota
Ortopedista Traumatologista
CRM 11738 - R. 1566

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 37

Página

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 1176273

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 675867 [1]

Nº: 43152912 22/08/2019 às 22 05

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.
Lateralidade Do Procedimento	Direita
Paciente Certo	SIM.
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.
Procedimento	SIM.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	NÃO.
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.
Esterilização Do Material Confirmada E Válida	SIM.
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.

Dr. Bruno 103
 Cirurgião Titular
 11/11/2019 15:00

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 38

Página 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente

NÃO SE APLICA

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião

SIM

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

SIM.

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM.

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

Dr. Bruno Mota
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11735 / RCT 15667

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

fls. 39

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762730

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 43153944 22/08/2019 às 22:44

IDENTIFICAÇÃO

Nome	GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Sexo	Masculino
Idade	31 A 1 M
Data De Nascimento	16/07/1988
Nº Atendimento	61502878

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S630 LUXACAO DO PUNHO
----------------	-----------------------

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	redução incruenta do carpo
-----------	----------------------------

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	1 Dias
---------------	--------

COMPANHIA A TRAVÉS DO
CREMEC 11/2019 Nº 1566

ANTONIO PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 22/08/19 Nº PRONTUÁRIO

NOME COMPLETO: Edson Nascimento da Silva DATA NASC: 16/07/88 IDADE: 31 ANOS PESO: 70 KG SEXO: M CÍRURGIA REALIZADA: Redução de volume CÍRURGIAO: Edson HORA DA ENTRADA NA RPA: 07:30

HORA	PA (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (rpm)	TEMPERATURA (°C)	GLICEMIA (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
22:30	152x76	35bpm	19 rpm	34,5°C	—	100%	0	Adm 1267812
22:45	153x74	36bpm	19 rpm	34,6°C	—	100%	0	Adm 1267812
23:00	139x73	37bpm	19 rpm	34,8°C	—	100%	0	Adm 1267812
23:15	155x74	43bpm	18 rpm	35,2°C	—	99%	0	Adm 1267812
23:30	143x68	40bpm	18 rpm	35,4°C	—	99%	0	Adm 1267812
00:00	140x69	37bpm	18 rpm	35,3°C	—	99%	0	Adm 1267812
00:30	135x78	37bpm	18 rpm	35,4°C	—	100%	0	Adm 1267812

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Atividade Muscular	Movimentação dos membros	2
	E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	1
Respiração	E capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	0
	PA em 20-49% de nível anestésico	2
Consciência	Estálucido e orientado no tempo e espaço	0
	Desperta, se solicitado	2
Saturação de O2	E capaz de manter saturação de O2 maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	SpO2	TOTAL
23:50	2	2	2	2	10

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Paciente liberado da RPA em 23:50, Eupneico, Consciente, Memória intacta, sem náuseas.

HORARIO DA ALTA DA RPA: 01:00
MÉDICO(A): Dr. Edson Nascimento
ENFERMEIRO(A): Edson
CREMECCE: 17125
CREMECCE: 6646
Sara Lúcia Soares Gomes
Coord. CC-EI-MT. EMT



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver sigla)

Nome completo (paciente)

CPI

Data de Nascimento

Médico

CRM

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anesthesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta Instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Stomach ou a seguinte alternativa anestésica General

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 anesthesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico nd cadas 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 anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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 concordasse.

22 de 160,170 de 20 19

Hora: _____

Nome legível: _____

Assinatura: Ana Cristina

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

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.

Nome legível, CRM e visto Euziane Lopes Silva CRM 20290

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: GILSON MOURA DO 31

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
73kg	170cm					Sólidos _____ Líquidos _____	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

Cardio-circulatório ☒ Negativo ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras		Câncer ☒ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Outras		Exame Físico Cardíaco <u>NA</u> Resp <u>NA</u> Neuro <u>NA</u> Regional <u>NA</u> Outro _____																
Respiratório ☒ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoracão ☐ Outras		Gravidez ☒ Negativo ☐ Idade gestacional _____ semanas		Laboratório <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Na</td> </tr> <tr> <td>16,0</td> <td>45,7</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>k</td> <td>g/dl</td> <td>mmol/L</td> </tr> <tr> <td>3,7</td> <td>325</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </table>		Hb	Ht	Na	16,0	45,7	140	k	g/dl	mmol/L	3,7	325	14		Plaquetas	Glicose
Hb	Ht	Na																		
16,0	45,7	140																		
k	g/dl	mmol/L																		
3,7	325	14																		
	Plaquetas	Glicose																		
Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/ diarreia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obst. Intestinal ☐ Outras		Crianças abaixo de 1 ano ☒ Negativo Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas (Idade gest. + idade atual)		Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia) <u>NA</u>																
Neurológico ☒ Negativo ☐ Convulsões ☐ Dormência/ fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras		Hábitos Sociais ☒ Negativo ☐ Tabaco ☐ Cigarros/dia ☐ Alcool ☐ Drogas ☐ Outras		Via aérea História de via aérea difícil ☒ Sim ☐ Não																
Renal ☒ Negativo ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras		Alergias ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr> <td><u>NA</u></td> <td></td> </tr> </table>		Tipo/Agente	Reação	<u>NA</u>		Mallampati ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV Distância esterno/mento _____ cm Dentição/Prognatismo												
Tipo/Agente	Reação																			
<u>NA</u>																				
Hematológico ☒ Negativo ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Outras		Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> <tr> <td><u>NA</u></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	<u>NA</u>			Outros Hemorragias ☒ Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob										
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																		
<u>NA</u>																				
Músculo esquelético ☒ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Musculodistrofia ☐ Outras		Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☒ Sim ☐ Não		Avaliação ASA ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI Emergência: ☐ Sim ☐ Não																
Endócrino ☒ Negativo ☐ Diabetes tipo _____ ☐ Patologia da tireóide ☐ Outras		Histórico familiar - problemas com anestesia ☒ Sim ☐ Não		Planejamento Anestésico <u>NA</u>																

Comentários sobre os achados

26 normal

Assinatura: Euziane Lopes Silva

Data: 02/08/19

Assinatura: Euziane Lopes Silva

Data: 02/08/2020

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gilson Nascimento da Silva
Data de nascimento	16 07 1983
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Mãe Cristina (Mãe)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Punho

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Hoje às 07:00 hs
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		MSG

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

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			
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgia realizou :

3. Termos:

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

Local e data FORTALEZA 22 03, 19 Horário 21:25

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Mae Cristina Pereira de Jesus

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Adriana Eufrásio das Chagas
COREN-CE 1267812 - TE



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 20:04

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 81502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404505	22/08/2019 às 20 01	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	Enfermeiro(a):	VIVIANE MARA COSTA VIANA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1]			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Realizado:	[1] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Realizado:	[1] OK
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Realizado:	[1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Realizado:
-----------------------------	------------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Realizado:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Realizado:

CORRENCE 308612 ENF

CORRENCE 308612 ENF



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 08:05 PM
q=133,77

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404543	22/08/2019 às 20 04	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Realizado		
Nível de Consciência	Realizado		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Realizado		
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Realizado		
INTEGRIDADE FÍSICA E MENTAL	Realizado		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN CE 202412 ERM

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO			Data de Revisão: 10/09/2018 - V 01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1	Data da Elaboração: 20/03/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Gilberto nascimento da s. DATA DO NASCIMENTO / /
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Enferm. DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO 22/08/18

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR "SIM"

☐ Não consegue se alimentar bem?	1 +
☐ História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
☐ Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
☐ Escorre alimento pela boca?	4 +
☐ Demora muito para engolir?	5 +
☐ Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
☐ Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
☐ Há tosse com líquido?	8 +
☐ Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
☐ Não consegue engolir?	10 +
☐ Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +
SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:	

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16 Risco Moderado: Entre 7 e 15 Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

RESULTADO: RISCO ALTO()	RISCO MODERADO()	RISCO BAIXO(☒)
--------------------------	-------------------	--

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

- 1 Pesquisa de fatores de risco de déficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
- 2 Ir formações à família e/ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
- 3 Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
- 4 Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
- 5 Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
- 6 Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
- 7 Reavaliação do posicionamento da sonda;
- 8 Manutenção do decúbito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente;
- 9 Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia

 Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

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

Nome do paciente: <u>Gilson Nascimento da Silva</u>	Data de Nascimento: _____
Nº do prontuário: _____	Data de admissão: <u>22/08/18</u>
Leito: _____	Data da realização da escala: <u>22/08/18</u>

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1 4	Não Sim	
B	Condições de saúde	1 2 2 2	Sem doenças Crônicas Doenças Crônicas Doenças oportunistas Uso de medicamentos	0
C	Estado de consciência e orientação	1 2 2 4	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações da locomoção	0
D	Estado psico-cognitivo	1 2 3 4	Alerta e calmo Depressivo Ansioso Agitação psicomotora	0
E	Comprometimento Sensorial	1 2 3 4	Sem comprometimento sensorial Dificuldade auditiva Dificuldade visual Dificuldade sensorial	0
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1 1 1 2 3 4	Independente e sem fator de risco Acamado Locomove-se apenas com ajuda Locomove-se com cadeira de rodas Locomove-se com ajuda de apoios de marcha Locomove-se se apoiando no mobiliário	0
G	Alterações nas eliminações	1 4	Não Sim	0
SOMA DOS PONTOS:				0

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

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

Fonte: Ministério da saúde/ANVISA/Fiocruz (Protocolo de Prevenção de Quedas, 2013/Anexo-01)

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 18:37

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 18/07/1988

Atendimento: 61600562

Prontuário: 11762738

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 309733 [1]

Nº: 43145615 22/08/2019 às 18:35

PACIENTE

Data De Admissão

22/08/2019

[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Emergência

[1]

Data Da Cirurgia

22/08/2019

[1]

Procedimento Cirúrgico Proposto

PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

Pulseira De Identificação

MSD

[1]

Comorbidades

NEGA

[1]

Nome, dosagem, frequência

NEGA

[1]

Alergia- Descrição

NEGA

[1]

Tabagista

NÃO

[1]

Etilista

NÃO

[1]

Cirurgias Anteriores

Não

[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]

Exames E Procedimentos

Sangue

[1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum

Sim

[1]

ELIMINAÇÕES

Urinárias

Presente

[1]

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir

NÃO

[1]

Compreender

NÃO

[1]

Memorizar

NÃO

[1]

Falar

NÃO

[1]



EXERCÍCIO DE FUNÇÃO

Emissão: 19/09/2019 06:08

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA.MATRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
DC. Nasc. 16/07/1988
Nº Prescrição: 23817257
Data: 19/09/2019 às 06:04
Atendimento: 62143852
Prontuário: 1762736
Peso: 80,00 kg

1. DIETA	GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	33h	ORAL		CRM-13903
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol Total	500 ml	7,00 g/50ml	CRM-13903
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 ml/Kcal/dia	500 ml			
3. CEFATOXIMA SODICA (1.00g) (ID11)	Água Destilada	1g	1FRAP (FRAP C/1GR) 10 ml	8/8h	EV
					CRM-13903
4. CEFTIOFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1FRAP (FRAP C/100MG) 100 ml	8/8h	EV
					CRM-13903
5. TRAMADOL (50,00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MG) 100 ml	8/8h	EV
					SN
Alta vigilância					
6. DIFENONA AMP (500,00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG) 18 ml	6/6h	EV
					CRM-13903
7. PLAVEX (5,00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2ML (AMPL C/10MG) 18 ml	8/8h	EV
					CRM-13903
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO					CRM-13903
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA					CRM-13903
10. PUNÇÃO C/ JELCO					CRM-13903
11. SINAIS VITAIS					CRM-13903
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					CRM-13903
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					CRM-13903
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					CRM-13903
15. COMPRESSÃO COM ETER					CRM-13903
16. Alta em: 19/09/2019	ALTA MELHORADO				CRM-13903
Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE					

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

CRM-13903

Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM-13903

D. Igor Rabelo
CRM-13903
19/09/2019 06:08
19/09/2019 06:08

RP1541

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

IP: 192.85.4.101

19/09/2019 06:08

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Página 1 de 1

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

DT. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

22/08/2019 18.33

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18 30

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações Da Enfermagem

Cliente evolui estável

HD PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais e pendente resultado
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV

PA 110X60

DX 88

FC 92

FR 18

T 37.5°C

AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

AOS CUIDADOS DA EQUIPE

(Handwritten signature)

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**Página 1 de 1
22/08/2019 18:30

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762738
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23403462	22/08/2019 às 18 28	
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E	Leito: 133227/1	Enfermeiro(a):	LUANA VIEIRA CAMPOS
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			
2 - CONFORTO PREJUDICADO			
Relacionado a: DOR			
TRATAMENTO CIRÚRGICO			
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	00 00	06 00	12 00 18 00

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 18:20

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CLAUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251 Nº: 43144821 22/08/2019 às 18 19
[1]

CONTROLE VITAIS

SINAIS VITAIS

T 37.5 °C [1]

PA 110/60 [1]

FC 92 bpm [1]

FR 18 mrpm [1]

OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX) 88 mg/dL [1]

Sat O2 99 % [1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 22/08/2019 [1]

Hora 18 20 [1]

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

fls. 55

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 43154135 22/08/2019 às 22.52

DIAGNÓSTICOS

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

redução Incruenta do carpo

Cirurgião

bruno mota

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado

Sim

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

enc ao especialista em mao para cirurgia definitiva

Dr. Bruno Mota
Obrigado e Tr-
MILC 11736/16-01 1365

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

fls. 56

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

22/08/2019 2

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 [1]

Nº: 43154044 22/08/2019 às 22:48

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

realizado redução Incruenta do punho sem intercorrências

[1]

cd. orientações

Imobilização

enc ao especialista em mao para programação cirurgica

alta hospitalar as 23 30h

CID 10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

Dr. Bruno Mota
CRM 11738
L. 11738/TE. 1566

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio HAPVIDA MATRIZ

Di Nasc 16/07/1980

Atendimento 61502878

Prontuário 11162136

22/08/2019 23:53

Posto RPA RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito 222/1

Profissional(is) SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 | 1 | Nº 43155220 22/08/2019 às 23:37

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

23:49 G N S 31 ANOS SEXO MASCULINO ADMITIDO NA RPA NO
POI DE REDUÇÃO INCRUENTA DO PUNHO COM DR BRUNO MOTA E
SOB ANESTESIA SEDAÇÃO COM DRA EUZIANE ENCONTRA SE
ACORDADO CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO E EM AR
AMBIENTE COM AVP EM MSE E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM
MSE ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS AUSENTES NO PERÍODO SSVV
PA 148 X 68 MMHG FC 90 BPM FR 17 MRPM SATO2 99%
MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
ATÉ A ALTA HOSPITALAR PREVISTA PARA APÓS A RECUPERAÇÃO
ANESTÉSICA ENF JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES
COREN - CE 521482 ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 23:54

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: RPA RECUPERAÇÃO POS ANES
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CIRURGICO
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 |1|
Dt Nasc: 16/07/1988
Atendimento: 61502878
Nº Prescrição: 23406395
22/08/2019 às 23:54
Leito: 222/1
Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRURGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido 11 OK

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mantido 11 OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS

Mantido

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN-CE 521.482 ENF



PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 11:55 PM

Paciente	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Di. Nasc	16/07/1988	Atendimento	61502878	Prontuário	11762736
Convênio	IAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição	23406405	22/08/2019 às 23:55			
Posto	RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito	22211				
Avaliação	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)						
Profissionais	SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)						
1 ADMITIR/INSTALANDO							
OXÍMETRO DE PULSO		Monitorado					
MONITOR CARDÍACO		Monitorado					
2 INSPECIONAR/REGISTRANDO							
PADRÃO RESPIRATÓRIO		Monitorado					

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - ENF



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61500552

!U(W" fls. 60

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

23/09/2019 17 50 50

Prontuário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 2004009066881 SSP CE	CPF 1969264322	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA,1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150				
Telefone Residencial 987534117	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA_MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira 50339000095000014	Validade	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data 22/08/2019	Hora 17:12	Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Atendente 2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA			Clinica 6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) FELIPE GOMES DA SILVA

LEANDRO 21082
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 17:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]	Nº: 43142294	22/08/2019	às 17.21

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA LUXACAO DOS OSSO DO CARPO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFIRMAÇÃO
LEANDRO 21082

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

fls. 62

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
 Convênio: HAPVIDA_MATRIZ
 DI. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61500552 Prontoário: 11762736
 Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
 Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1] Nº: 43142336 22/08/2019 às 17:22

IDENTIFICAÇÃO		
Nº Atendimento	61500552	[1]
Nome Completo	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nome Da Mãe	MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data Da Internação	22/08/2019	[1]
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA		
SINAIS VITAIS		
FC	80 bpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
COMORBIDADES		
DIAGNÓSTICO		
CID Principal	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
PARECER DO ESPECIALISTA		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
Plano Terapêutico	REDUCAO + FIXACAO DE LUXACAO PUNHO	[1]
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM	[1]

DE PIRE D'ARNOBIO
 LEANDRO 21082
 ASSINADO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61500552 Prontoário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CLAUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251 Nº: 43144821 22/08/2019 às 18 19
[1]

CONTROLE VITAIS**SINAIS VITAIS**

T	37,5 °C	[1]
PA	110/60	[1]
FC	92 bpm	[1]
FR	18 mrpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	88 mg/dL	[1]
Sat O2	99 %	[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	22/08/2019	[1]
Hora	18.20	[1]

CONFIRMAÇÃO
LEANDRO 21082

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lallo: 133227/1

Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE COREN 786044 [1] Nº: 43145261 22/08/2019 às 18:28

CUIDADOS DE ENFERMAGEM
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

PUNÇÃO C/ JELCO REALIZADO AS 18:28, EM 22/08/2019 POR MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 786044

[1]

AValiação de RISCO

Hemorragia Puerperal

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[1]

Queda Adulto (Morse)

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[1]

Fiebite

[1]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

CONFERE PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Di. Nasc : 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evolui estável

[1]

HD: PRÉ-OP DE PUNHO

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais o pendente resultado
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV:

PA: 110X60

DX 88

FC: 92

FR 18

T: 37,5°C

AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

AOS CUIDADOS DA EQUIPE

CONFIRMAÇÃO
LEANDRO 21082

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Alandimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A) COREN 399733 (1) Nº: 43145541 22/08/2019 às 18:34

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/08/2019	(1)
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	(1)
Cirurgia	PRE-OP DE PUNHO	(1)

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	(1)
Identidade Do Paciente	SIM	(1)
Avaliação Pré-Anestésica	NÃO	(1)
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM	(1)
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	SIM	(1)
Confirmação De Vega Em Uti	NÃO	(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	(1)
Tricotomia	Não se aplica	(1)
Banho Pre-Operatório	Sim	(1)
Paciente Refere Alergia	NÃO	(1)
Paciente Está Em Jejum	SIM	(1)

LEANDRO 22012

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 17:00

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762738

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145615 22/08/2019 às 18 35

PACIENTE

Data De Admissão

22/08/2019

[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Emergência.

[1]

Data Da Cirurgia

22/08/2019

[1]

Procedimento Cirúrgico Proposto

PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

Pulseira De Identificação

MSD

[1]

Comorbidades

NEGA

[1]

Nome, dosagem, frequência

NEGA

[1]

Alergia- Descrição

NEGA

[1]

Tabagista

NÃO

[1]

Etilista

NÃO

[1]

Cirurgias Anteriores

Não

[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]

Exames E Procedimentos

Sangue

[1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum

Sim

[1]

ELIMINAÇÕES

Urinárias

Presente

[1]

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir

NÃO

[1]

Compreender

NÃO

[1]

Memorizar

NÃO

[1]

Falar

NÃO

[1]

CONTROLE DE PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61612065

! 7d fls. 68

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

23/09/2019 17 50 30

Prontuário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 200400906688 SSP CE	CPF 1969264322	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA,1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150				
Telefone Residencial 987534117	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA_MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira 50339000095000014	Validade		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data 27/08/2019	Hora 15:18	Matricula	Tipo Atendimento 4 CONSULTA RETORNO	
Médico Atendente 2585251 FILIPE SANCHO DE MÂCEDO			Clinica 6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) FELIPE GOMES DA SILVA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 17.01

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61612065	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(Is): FILIPE SANCHO DE MACEDO CRM 15158 [1]	Nº: 43361013	27/08/2019	às 15.22

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA DE PUHO DIR	[1]
	EM CAOMPANHAMENTO COM IGOR RABELO	
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

SIE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER REITRADO DO HOSPITAL.

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	M	16/07/1988	31
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2004009066881 SSP CE	1969264322		2-SOLTEIRO	

Endereço

R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732160

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
297534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector	16300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
9/09/2019	03:18		Day Clinic
Médico Atendente	0004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE		
Médico Acompanhante	0004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE		
avaliação médica	0 INTERNACAO		

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA
22-HAPVIDA_MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
50339000095000014		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA OC 01	05

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1362514	99996666	D28045871	INTERNACAO
1362514	30731097	D28045871	TENOLISE NO TUNEL OSTEIO FIBROSO
1362514	30732026	D28045863	ENXERTO OSSEO
1362514	30722888	D28045864	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 20			
Material - 99835336 - PARAFUSO DE HERBERT - QTDE: 1			
Material - 99902606 - MINI ANCORA - QTDE: 1			
1362514	30737052	D28045865	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #

FICHA DE ANESTESIA

fls. 72



ANTONIO PRUDENTE

Nome: GILSON VASCONCELOS DE LIMA Data: 18/08/20
 Idade: 34 Peso: Sexo: F () M ()
 Prontuário: 11762236 Convênio: NAPACIDA
 Diagnóstico: DESCOMPOSIÇÃO DO ESQUELETO DE CADEREIRA
 Cirurgia: TRATAMENTO DO FRATURAMENTO DE CADEREIRA
 Anestesia: DR. JOAO ASA: I

A	HORA
G	O ₂
E	N ₂ O
N	Ar
T	
E	
S	

LÍQUIDOS

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂				
ETC O ₂				
PVC				

220	
200	
180	
160	
140	
120	
100	
80	
60	
40	
20	

	DROGAS		EVENTO
1	Lidocaina 1% 20ml - 400mg	9	CRANEOLEIA 14-2g
2	Kopidolaina 100mg - 100mg	10	
3	Mf. Dextro 100mg - 100mg	11	
4	Atropina 1mg - 1mg	12	
5	Propofol 1% 20ml - 200mg	13	
6	Propofol 1% 20ml - 200mg	14	
7	Propofol 1% 20ml - 200mg	15	
8	Propofol 1% 20ml - 200mg	16	
9	Propofol 1% 20ml - 200mg	17	
10	Propofol 1% 20ml - 200mg	18	

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Oro	Naso	Sonda:
					Respiração:	Espon	Assist.	M
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:	Sup	Local da Punção:	Art
					Agulha:	Extremo 18g 50	Técnica:	Elegeria de
					Início:	06h 30	Final:	
					Duração:			

Condição final op: Bela, loto e pulcra Algodão

Intercorrências per.op:

Ass. Anestesiata - CRM Dr. Luiz Flávio B. Ribeiro

Medico CRM-CE 19706

FICHA DE ANESTESIA REF. 1

BOLETIM DE CIRURGIA

fls. 73
Página 1 de 1

ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

19/09/2019 08

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is):

[CORRUIÇÃOSANTOUE MEDICO ORT. 11.104 RQE 8832]

Nº: 44380520

19/09/2019

às 07:54

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S620

Diagnóstico Cirúrgico

S620

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

19/09/2019

Hora Da Cirurgia

07:54

Cirurgia

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE ESCAFOIDE

Cirurgião

DR. IGOR RABELO

1º Auxiliar

DR. EDUARDO GUEDES

Descrição Cirúrgica

- 1) PACIENTE EM DDH + ANESTESIA REGIONAL
- 2) ANTISSEPSE + ASSEPSE + CCE
- 3) REALIZADO INVENTÁRIO DA LESÃO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE DIREITO SOB ESCOPIA
- 4) REALIZADO ACESSO VOLAR EM PUNHO DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS, TENOLISE DO FLEXOR RADIAL DO CARPO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO.
- 5) REALIZADO RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE REGIÃO METAFISARIA DE RADIO DISTAL DIREITO PARA PREENCHIMENTO DE FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE DIREITO
- 6) IDENTIFICADO LESÃO DO LIGAMENTO RADIOESCAFOCAPITATO E FIBROCARILAGEM REALIZANDO-SE RECONSTRUÇÃO DESTES COM NYLON
- 7) PASSAGEM DE 01 PARAFUSO DE HEBERT EM ESCAFÓIDE NUMERO 22MM
- 8) VISUALIZADO SÍNTESE SATISFATÓRIA SOB ESCOPIA
- 9) LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA + HEMOSTASIA LOCAL
- 10) SUTURA POR PLANOS
- 11) CURATIVO LOCAL + TALA GESSADA
- 12) ENCAMINHO PACIENTE À CRPA

Códigos Dos Procedimentos

- 30722888: TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE
30732026: ENXERTO OSSEO
30737052: RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO
30731097: TENOLISE DE TUNEL OSTEOFIBROSO

Dr. Eduardo Guedes V. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.104 RQE 8832

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-CE 13903/TEOT 15474/RQE 9427

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 07:32

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): SERLEANDIA DOS SANTOS ALMEIDA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN: 1141107/11, Nº: 44379515 19/09/2019 às 07:24

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	19/09/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	07:24	[1]
Cirurgia	PSEUDOARTROSE	[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 Cheçadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Utl	Não.	[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.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibiótico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checação Completa Das Medicções Anestésicas	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

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

19/09/2019 07:32

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não.	[1]
Preenchimento De Gulas 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]

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc. 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Nº Prescrição: 23817257

19/09/2019 às 06:04

Prontuário: 1762736

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 1334105

Peso: 80.00 kg

1. DEIXA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

33h ORAL

CRM-13903

2. Hidratação Venosa Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

Vol. Total: 500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-13903

3. CEFALOXINA SODICA (1.00g) (D11)

1g

1 FRAP (FRAP C/1GR)

8/8h

EV

CRM-13903

4. CETOPIROFENO IV (100.00mg)

100mg

1 FRAP (FRAP C/100MG)

8/8h

EV

CRM-13903

5. TRAMADOL (50.00mg/ml)

100mg

2 ML (AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-13903

Alta vigilância

6. DILPIRONA AMP (500.00mg/ml)

1000mg

2 ML (AMPL C/500MG)

6/6h

EV

CRM-13903

7. PLAMET (5.00mg/ml)

10mg

2 ML (AMPL C/10MG)

8/8h

EV

CRM-13903

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

CRM-13903

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

SN

CRM-13903

10. PUNCAO C/ JEICO

SN

CRM-13903

11. SINAIS VITAIS

SN

CRM-13903

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-13903

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-13903

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-13903

15. COMPRESSÃO COM ETER

SN

CRM-13903

16. Alta em: 19/09/2019

ALTA MELHORADO

Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

Profissional: CRM-13903

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
FMM-13903/TCO-15474/RQE-9427

RP1541

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

RP: 192.85.4.101

19/09/2019 06:15



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/09/2019 09:34

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820268	19/09/2019 às 09:33	
Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito: 219/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]			
2 - CONFORTO PREJUDICADO			
Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO			
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mantido: [1] OK		
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: [1] OK		
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA			
Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO			
SINAIS VITAIS	Mantido:		

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN-CE 521.482-840



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/09/2019 09:36 AM

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820318	19/09/2019 às 09:35	
Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN-CE 521.482 EV

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

DL Nasd.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Letto: 219/1

19/09/2019 09:33

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 44385017 19/09/2019 às 09:28

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

09:28 - G N S. 31 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO
POI DE FRATURA DO PUNHO DIREITO COM DR IGOR RABELO E
SOB ANESTESIA BLOQUEIO COM DR LUIZ FLÁVIO ENCONTRA-SE
ACORDADO, CONSICENTE, ORIENTADO VERBALIZANDO E EM AR
AMBIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS NO PERÍODO COM PULSEIRA
DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE E CVP EM MSE CURATIVO ÍNTEGRO.
LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA SSVV PA. 135 X 70 MMHG.
FC 82 BPM, FR 17 MRPM, SATO2. 100% MONITORIZADO E AOS
CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENF JOLIANA SAUNDERS
521482

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah Joliana
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENF. C.F.
COREN - CE 521.482 - ENF



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 06:0

Paciente:	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI. Nasc.:	16/07/1988	Atendimento:	62143852	Prontuário:	11782736
Convênio:	HAPVIDA_MATRIZ	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/5		
Profissional(is):	IGOR RABELO DE SALES ANDRADE MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA N°: 44377476 19/09/2019 às 06:06						
DIAGNÓSTICOS							
CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR (ESCAFOIDE) DA MAO						[1]
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS							
Cirurgia Realizada	TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE						[1]
Cirurgião	DR IGOR RABELO						[1]
Data da Cirurgia	19/09/2019						[1]
ALTA / TRANSFERÊNCIA							
Paciente Melhorado	Sim						[1]
ORIENTAÇÕES GERAIS							
Dieta	GERAL						[1]
Exercícios	PROIBIDO						[1]
Orientações Diversas	VIDE ORIENTAÇÕES EM ANEXO						[1]

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-CE 138911101 15474/RQE 9427

PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gulson Damiamento da Silva
Data de nascimento	16/04/1988
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Ara (noiva)
Procedimento a ser realizado	Tenotomia

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		20:30
Possui alergia a medicação ?		X	
Em uso de alguma medicação ?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		
Identificação com pulseira	X		

redução ungueal
use

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

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		Brachio
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgia 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, 14/10/2019 Horário: _____

Assinatura do paciente ou responsável

Xistha Cristina Pereira

Assinatura do responsável pela realização deste questionário

Aune



RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 19/09/19
Nº PRONTUÁRIO: 1166336

NOME COMPLETO: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
CIRURGIA REALIZADA: FX PUNHO MD

DATA NASC: 16/01/88 IDADE: 31A

PESO: 71kg SEXO: M

HORA DA ENTRADA NA RPA: 08:15h

HORA	PA (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (lpm)	TEMPERATURA (°C)
08:15	147x80	79	16	34.7
08:30	157x83	78	18	35.0
08:45	159x75	75	19	35.7
09:00	145x75	76	19	35.5
09:15	135x79	93	19	35.9
09:45	134x82	91	19	36.0

CIRURGIÃO: Dr. Igor	GUICEMIA (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
	—	100%	0	Lucas
	—	100%	0	Edmar
	—	100%	0	Edmar
	—	100%	0	Edmar
	—	99%	0	Edmar

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULK

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

Sem intercorrências

HORÁRIO DA ALTA DA RPA: 10:00h

MÉDICO(A):

ENFERMEIRO(A):

Sarah Juliana Santos Soares
COREN - CE 21.144 - 146



Faz bem pre você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente): GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: _____ Data de Nascimento: 26/07/1988

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 Proposio de Duro ou a seguinte alternativa anestésica Anestesia Geral

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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 concordasse.

19 de 09 de 20 2019

Hora: _____

Nome legível: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Assinatura: Gilson

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

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.

Dr. Luiz Carlos B. Ribeiro

Médico

CRM-CE: 19706

Dr. Luiz Carlos B. Ribeiro

Nome legível: CRM-CE: 19706 e visto ou carimbo com CRM e visto

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 05:59

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES ANDRADE, MÉDICO, CRM 13903/1-CE Nº: 44377356 19/09/2019 às 05:56

IDENTIFICAÇÃO		
Nome	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	31 A 2 M	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nº Atendimento	62143852	[1]
DADOS DO PACIENTE		
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO		
CID10 Primário	S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO	[1]
COMORBIDADES		
GRAU DE INDEPENDÊNCIA		
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS		
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS		
Principal	tratamento cirurgico de fratura do pseudoartrose do escafóide.	[1]
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES		
ALTA HOSPITALAR		
Total De Dias	1 Dias	[1]
Saída Certa		
Motivo	vide orientações em anexo	[1]

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirúrgia da Mão/Microcirurgia
CRM-CE 13903/1-CE 15474/RQE 9427

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 86

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is):

GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 134404/MG

Nº: 44379788

19/09/2019 às 07:33

CANCELADO DIA 19/09/2019 08:14:33 POR GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE.

PACIENTE

Data De Admissão

19/09/2019

PRÉ-OPERATÓRIO

[1]

Tipo De Cirurgia

Eletiva.

Data Da Cirurgia

19/09/2019

Pulseira De Identificação

MSE

Comorbidades

NEGA

Nome, dosagem, frequência

NEGA

Alergia- Descrição

NEGA

Tabagista

Não.

Etilista

Não.

Cirurgias Anteriores

SIM.

Avaliação Das Condições Emocionais

Cooperativa.

Orientações Ao Paciente

CIRURGIA.

Reserva de Hemoderivados

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum

SIM.

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

ENF: BENEDITO

Hora

06:20

Sala

04

Condições Da Pele ao Início da cirurgia

INTEGRA

Início Da Anestesia

06:30

Término Da Anestesia

07:55

Início Da Cirurgia

07:10

Término Da Cirurgia

07:50

Instrumentador

MARCIA

Circulante

GERLANDIA

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL

Membro Ou Lado A Ser Operado

MSD

Numero Inicial De Compressas

10 UD

Numero Total De Compressas Inseridas

10 UD

Contagem Final De Compressas

10 UD

KEFAZOL 2 G AS 06:30

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

19/09/2019 08:14

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11762736

Leito: 133410/5

Medicações/hora		
Exames De Imagem	Sim	
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Material	PEQUENOS FRAGMENTOS	[1]
Fornecedor	ORTOGESSES	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA	[1]
Encaminhamento Do Paciente		[1]
Horário De Saída Da S.O	08:10	[1]
SINAIS VITAIS		
T	35 °C	[1]
Pulso	80 bpm	[1]
PA	143;73	[1]
FC	80 bpm	[1]
FR	19 mrpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	19/09/19	[1]
Hora	07:50	[1]
OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PACTE ADM NO CC PARA TRATAMENTO CIRURGICO COM DR;EDUARDO SOB ANESTESIA DE SEDACAO ,BLOQUEIO COM DRA;BARBARA,O MESMO DEU ENTRADA NO CC ORIENTADADO,VERBALIZANDO,NA CADEIRA DE RODAS,APOS O PROCEDIMENTO SEGUE PARA SRPA SEM INTERCORRENCIAS SOB OS CUIDADO DA ENFERMAGEM CURATIVO COM GESSO,PULSEIRA NO MSE.	
Intercorrências	SEM	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]
Incisão Cirúrgica	MSD	[1]
Punções Venosas	MSE	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **GILSON NASCIMENTO DA SILVA** às 06:04, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 19/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia de Mão/Microcirurgia
CRM 13903/CE

Assinatura do Médico

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM 13903

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BQEGT99Q2U0K0

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA
61939-915 MARACANAU - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **GILSON NASCIMENTO DA SILVA**
às 08:22, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1
(UM) dia(s), a partir de 18/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

CRM 16610

Dr. César Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CREMOC 15610 / RQE 15544 / RQI 10142

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHTIS99Q2I6I2

Solicitação da Senha : 18/09/2019 08:09:22

CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

18/09/2019 08:22

18/09/2019

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA
61939-915 MARACANAU - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **GILSON NASCIMENTO DA SILVA** às 10:57, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 7 (SETE) dia(s), a partir de 10/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14.370/RQE: 8560/TEOT: 16.316

Local e Data

Assinatura do Médico

RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

CRM 14370

Aceito a Colocação do CID Assinado us _____

Código de Autenticação BXFKK99Q2Q612

Solicitacao da Senha 10/09/2019 10:43:07

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **GILSON NASCIMENTO DA SILVA** às 14:47 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 (QUINZE) dias, a partir de 27/08/2019, tendo como causa do atendimento

S630

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-CE 13903 / RQE 9477

ICORRS

Autenticação BEWOB89Q2UDE0

27/08/2019

14:48



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL
 PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA
 61939-915 MARACANAU - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **GILSON NASCIMENTO DA SILVA** às 10:05, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1 (UM) dia(s), a partir de 26/08/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo

S630

.....
 Código da Doença

Maracanaú 26/08/19
 Local e Data

Assinatura do Médico

ANA LARISSA FLORENCIO DE GOIS PEREIRA

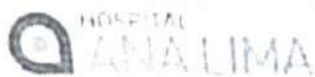
CRM 19510

[Handwritten Signature]
 Ana Larissa Florencio de Gois Pereira
 CRM 19510

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BCFKA89Q2R1I2

Solicitacao da Senha : 26/08/2019 09:25:36



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL
 PRQ PARQUE COMERCIAL 0 - PAJUCARA
 61939-915 MARACANAU - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **GILSON NASCIMENTO DA SILVA** às 22:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 3 (TRES) dia(s), a partir de 21/08/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S59

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

GLAUBER CORREIA MELO

CRM 18996

Glauber Correia Melo
 Médico
 CREMEC 18.996

Aceito a Colocação do CID Assinado us _____

Código de Autenticação : BS7WV89Q2T712

Solicitação da Senha : 21/08/2019 21:17:44

SINISTRO 3190667163 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** GILSON NASCIMENTO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO GILSON NASCIMENTO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 01969264322**Posição em 30-01-2020 14:37:50**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50