

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PEPROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	CASCADEL/CE
Estado Civil	CASADO	RG n°	14941580
Profissão	JARDINEIRO	CPF n°	507.533.553-53
Endereço	RUA SÃO MANUEL, N 1135		
Bairro	MANOEL SATIRO	CEP	60713-750
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98575 4489 / 98843 4415		

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

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

Fortaleza/CE, 10 de abril de 2020.

➤ Jose Claudio Gomes dos Santos
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	CASCADEL/CE
Estado Civil	CASADO	RG nº	14941580
Profissão	JARDINEIRO	CPF nº	507.533.553-53
Endereço	RUA SÃO MANUEL, N 1135		
Bairro	MANOEL SATIRO	CEP	60713-750
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98575 4489 / 98843 4415		

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

Fortaleza/CE, 10 de abril de 2020

➤ Jose Claudio Gomes dos Santos

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 17

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Jose Claudio Gomes dos Santos, (ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº , INSCRITO NO CPF SOB O Nº , RESIDENTE NO ENDEREÇO , DOMICILIADO(A) NO , DECLARO PARA

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

DESTA FORMA, **ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS**, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA – Nº 100 – 1º ANDAR – SALA 101 – BAIRRO EDSON QUEIROZ – CEP: 60.811-695 – FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030/ (85) 98853-0069, **DE TODA QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUANTO TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) 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 10, DE abril DE 2020.

➤ Jose Claudio Gomes dos Santos
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1289796045	NOME JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 14941580 SSP CE	
	CPF 507.533.553-53	
	DATA NASCIMENTO 10/12/1961	
	RUÇÃO JOSE GOMES DOS SANTOS	
MARIA BATISTA DOS SANTOS		PERMISSÃO ACC CAT. HAB. A
Nº REGISTRO 05362654110		VALIDADE 25/07/2021
		1ª HABILITAÇÃO 28/11/2011
OBSERVAÇÕES A :		
Assinatura do Portador <i>Jose Claudio Gomes dos Santos</i>		
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 28/07/2016
Assinatura do Emissor <i>Isabel Vasconcelos Ponte</i>		13711458628 CE154626481
DETRAN-CE (CEARA)		

PROIBIDO PLASTIFICAR

1289796045

DADOS DO CLIENTE

Nome: ELZA CELESTINO DOS SANTOS

End. Leitura: RUA SÃO MANOEL ST-28, 1125, MANOEL SATIRO

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60713-750

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 028

Quadra: 0046

Lote: 0205

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 001

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A05F113642	1838	1875	36	32

DATAS

Leitura Atual: 11/11/2019

Emissão: 11/11/2019

Lacre Água: 2822117

Leitura Anterior: 09/10/2019

Próxima Leitura: 10/12/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	529	529	529	529	529
Em conformidade	529	529	526	516	529

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 33 m³ | META: 26 m³.

Constatamos debito de R\$ 191,87. Caso pago, desconsiderar.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)
ÁGUA	249,89
PARCELAMENTO DE DEB	100,91
MULTA DE 2%	6,09
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI	2,43
JUROS DE 0,033% AO DIA	3,12
JUROS/MULTA TARIFA CONT	1,24
TARIFA DE CONTINGENCIA	109,43

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
nov/18	38	0
dez/18	35	0
jan/19	45	0
fev/19	41	0
mar/19	45	0
abr/19	35	0
maí/19	31	0
jun/19	40	0
jul/19	36	0
set/19	35	0
out/19	23	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	4,54
COFINS	22,61

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	473,11
VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	473,11

MÊS/ANO

11/2019

VENCIMENTO

02/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

473,11

I:356615074890729 L:6985 H:12-28:30 R:047 P:001

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 275 0195. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 003337723

Código de Responsável: 028

Mês/Ano: 11/2019

Local: 001

Setor: 028

Quadra: 0046

Lote: 0205

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 02/12/2019

Total (R\$): 473,11

82620000004 8 73110009400 2 00333772301 3 00074922015 8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015039742324
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 253667194 0000000000 2019

NOME
JULIO CESAR VIDAL FERREIRA
FORTALEZA / CE

PLACA ANT / UF 53175239315 NQR9646/CE

CHASSI 9C2KD0530AR016056

COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

COR PREDOMINANTE PRETA

CATEGORIA PARTIC

VENÇ. COTA ÚNICA 1º 2º 3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 COTA ÚNICA 32

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE PAGAMENTO 31/01/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA

DATA 20/07/2019

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

CE Nº 015039742324 BILHETE DE SEGURO DPVAT

53175239315 NQR9646 /CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204 64451539644

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/07/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 53175239315 PLACA NQR9646

RENAVAM 253667194 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 EROS MIX KS

ANO FAB. 2010 CAT. TARE. 09 Nº CHASSI 9C2KD0530AR016056

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 34.05
DENATRA (R\$) 4.01
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
IOF (R\$) 0.32
TOTAL SERVIÇOS DO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 31/01/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

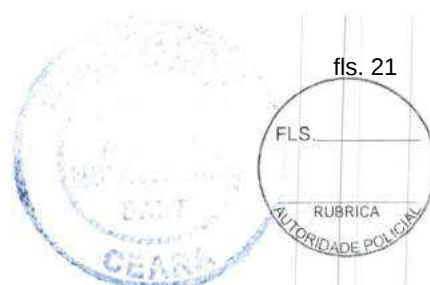
CNPJ 09.248.808/0001-04

MOICR: KD05E3AR016056





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019856607



fls. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4013 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 15:14:07**
Data / Hora da Ocorrência: **22/09/2019 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R VEREADORA ZELIA CORREIA DE SOUZA, 620, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS**
Nascimento: **10/12/1961** CPF: **507.533.553-53**
RG: **14941580** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA BATISTA DOS SANTOS**
JOSE GOMES DOS SANTOS
Endereço: **RUA SÃO MANOEL, 1125**
Bairro: **VILA MANOEL SATIRO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98575-4489**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NQR9646 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KD0530AR016056 Renavam: 253667194 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS MIX KS Ano Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRETA Proprietário: JULIO CESAR VIDAL FERREIRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA NQR-9646 NA RUA VEREADORA ZELIA CORREIA DE SOUZA QUANDO UM CARRO DE PLACA NÃO ANOTADAS REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA ESQUERDA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS E COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO REFERIDO CARRO PARA A UPA-ITAPERI. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Claudio Gomes dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019856607

fls. 22

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4013 / 2019

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

ITAPERI

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Prontuário: 224287

Admissão: 22/09/2019 17:00

Data Nasc.: 10/12/1961 Idade: 57 ano(s) 9 mes(es) e 12 dia(s)

Sexo: Masculino RG: 149941580

Mãe: MARIA BATISTA DOS SANTOS

Telefone: ()

Endereço: RUA SAO MANUEL 125

Bairro: VILA MANOEL SÁTIRO

CEP: 6-0000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: ANA KARINE SALES FARIA VIANA

Risco: AMARELO

Data: 22/09/2019 17:00

Queixa: DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO + ESCORIAÇÕES EM MSD APÓS ACIDENTE DE MOTO

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Risco de Queda: Não

Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não

Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.:

Glicemia:

Régua: 5

Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

UPA ITAPERI
Confere com o original
Data: 31/10/2019

Funcionário
Mairicula: 350

ATENDIMENTO

Médico: GUTHIERREZ VICTOR DE ABREU BEZERRA

Nº Atendimento: 655183

Data: 22/09/2019 17:45

Eixo: MEDICAÇÃO (ALTA APÓS MEDICAÇÃO)

CRM: 16787

P.A.:

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: EXAME GERAL E INVESTIGACAO DE PESSOAS SEM QUEIXAS OU DIAGNOSTICO RELATADO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO + ESCORIAÇÕES EM MSD APÓS ACIDENTE DE MOTO

PROTOCOLO SEPSE

EXAME

RAIO-X TORNOZELO D AP/P (0204060087)

Médico: GUTHIERREZ VICTOR DE ABREU BEZERRA

Data: 22/09/2019 17:46

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Observação	CURATIVO	
Medicamento	CETOPROFENO 50MGML - 2ML(100MG) - AMP ADMINISTRAR 100 MG / INTRAMUSCULAR / DOSE ÚNICA	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
62246709



05/11/2019 14:59:53

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	M	10/12/1961	57
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	50753355353		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA SAO MANUEL 1125,1125 - VILA MANOEL SATIRO, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985754489				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
B1961000410004			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
23/09/2019	13:57		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Marlene Araujo Ferreira
Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 09:59, sob o número 023679936202008060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0236759-36.2020.8.06.0001 e código 6CA3ED7.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 25

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2019 14:59

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62246709 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [1] Nº: 44562597 23/09/2019 às 14:12

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA DE CALCANEIO [1]
ENTRO EM CONTATO COM EQUIPE DO PÉ PARA RESOLVER

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO) [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO) [1]

CID10 S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO) [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE/CI PRONTUÁRIO
Mauro 1198
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

fls. 26

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2019 14:57

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62246709 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1

Profissional(is): FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA COREN 010101 [1] Nº: 44565656 23/09/2019 às 15:04

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CURATIVO COM IRUXOL/KOLAGENASE GRANDE REALIZADO AS 15:04, EM 23/09/2019 POR FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 15:04, EM 23/09/2019 POR FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

Queda Adulto (Morse)

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

Flebite

Tromboembolismo Venoso Clínico

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 09:59, sob o número 0236759-36.2020.8.06.0001-e código 6CA3ED7. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0236759-36.2020.8.06.0001-e código 6CA3ED7.

CONFERE O PRONTUÁRIO
[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR T4360C U0368 05/11/2019 14:57:03 26.0022.00391

Data inicial: 06/10/2019 Atendimento: 62246709 Médico prescriptor: Consultar

Data final: 05/11/2019 Prontuário: Convênio: T3488 T43A8

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

Documentos

	Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	Dt Nascimento	Idade	Sexo
23/09/2019 13:57 - CONSULTA TRAUMATOLOG	62246709	16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	10/12/1961	57A 10M 25D	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento Nome da Mãe: MARIA BATISTA DOS SANTOS Nome do Pai:

Tipos de documentos

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

Ver histórico de digitalizações

Visualizar **Imprimir Doc. Assinado**

Data/Hora	Profissional	Situação
23/09/2019 14:16:59		ASSINADO

CONFERE O PRONTUÁRIO
Assinatura
 198

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 09:59, sob o número 02367593620208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0236759-36.2020.8.06.0001 e código 6CA3ED7.



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
62257695



fs. 28

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

05/11/2019 15:00:13

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	M	10/12/1961	57
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	50753355353		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA SAO MANUEL 1125,1125 - VILA MANOEL SATIRO, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985754489				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
B1961000410004			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
24/09/2019	06:14		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Marlene Araujo 1198

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 29

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2019 14:58

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62257695 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9329 [1] Nº: 44592528 24/09/2019 às 06:24

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA DO CALCANEIO DIREITO NO DOMINGO, ARRANCAMENTO DO TENDÃO DE AQUILES, COM SOFRIMENTO CUTANEO NO LOCAL DA FRATURA, NECESSITA TRATAMENTO CIRURGICO

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

CID10

S920 FRATURA DO CALCANEIO

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

DIAGNÓSTICO

CID10

S920 FRATURA DO CALCANEIO

CID10

S920 FRATURA DO CALCANEIO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO

Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

fls. 30

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2019 17:58

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS**Dt. Nasc.:** 10/12/1961**Atendimento:** 62257695**Prontuário:** 16063936**Convênio:** HAPVIDA**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/3**Profissional(is):****Nº:** 44592873 **24/09/2019** **às** 06:52

CONFEDERACAO PRONTUARIO





**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
62591807



15.31

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

05/11/2019 15:02:23

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	M	10/12/1961	57
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	50753355353		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA SAO MANUEL 1125,1125 - VILA MANOEL SATIRO, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985754489				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
B1961000410004012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/10/2019	08:07		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Marlene 1198
Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 09:59, sob o número 02367893362020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0236759-36.2020.8.06.0001 e código 6CA3ED7.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 32

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2020 14:55

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62591807 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/1

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1] Nº: 45222330 08/10/2019 às 08:13

ANAMNESE

Queixa Principal POS OP DR BRUNO BOTELHO

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

CID10 S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

Alergias Não

Medicação Em Uso Não

Antecedentes Patológicos Familiar Não

DIAGNÓSTICO

CID10 S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

CID10 S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
W. Barreira 13798

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR T43DC07 U0386 05/11/2019 14:37:03 26 0023 00061

Data inicial: 06/10/2019 Atendimento: 62591807 Médico prescriptor: Consultar

Data final: 05/11/2019 Prontuário: Convênio: T3488 T43A8

Carteira: ☐ Atendimentos com alta administrativa ☐ Atendimentos liberados pela auditoria

☐ Atendimentos com pendências no prontuário ☐ Atendimentos liberados pela enfermagem

Documentos

Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	DI Nascimento	Idade	Sexo
05/10/2019 09:07 - CONSULTA TRAUMATOLOGIA	62591807	16063938	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	10/12/1961	57A 10M 25D Masculino

Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento

Nome da Mãe: MARIA BATISTA DOS SANTOS Nome do Pai:

Tipos de documentos

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

Ver histórico de digitalizações

Visualizar **Imprimir Doc.Assinado**

Data/Hora	Profissional	Situação
08/10/2019 08:14:55		ASSINADO

CONFERE O PRONTUÁRIO

Marcos 1198

Assinatura

24/09/2019 09:25:32

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	M	10/12/1961	57
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	50753355353		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA SAO MANUEL 1125 1125 VILA MANOEL SATIRO FORTALEZA-CE CEP:61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
985754489		MARIA BATISTA DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento	
24/09/2019	07:47		CIRURGICO	
Médico Atendente			Clínica	
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento	
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			0 INTERNACAO	
Avaliação médica				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano LAR ANTONIO DE PADUA		
22-HAPVIDA_MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
B1961000410004012			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	219 LEITO UTI SEMI INTENSIVA		
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
42504691	99996666	D31203928	INTERNACAO
42504691	30728126	D31203928	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
42504691	30728142	D31206205	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
42504691	30732026	D31206489	ENXERTO OSSEO



NOTA DE SALA

4756180
HAPVIDA MATRI

Atendimento:	62261219	Prontuário:	16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	
Cirurgia(s):	30728126	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO		Tipo Anestesia:	RAQUE+SEDACAO
	30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO		30732026	ENXERTO OSSEO
Sala Cirúrgica:	SALA CC 01		Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	
Equipe Médica:	CIRURGIAO	903400	BRUNO DE BRITO BOTELHO	CRM	9329
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	734403	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	CRM	8260
	ANESTESISTA	3828689	LUIZ FLÁVIO BRANDÃO RIBEIRO	CRM	88854

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	39144	ANAK 2ML AMPL 2 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2.5 ML	1
118455	AGULHA DESC. DE RAQUE N.25 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	119185	EFEDRINA AMPL 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	48593	GLICOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
27928	ARRUELA P/ MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
86762	ARRUELA P/ PARAFUSO - 1 UD	2	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2	124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	1	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	39543	TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML	1
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	3	104833	XYLOCAINA S/AD 2% 5ML 5 ML AMPL 5 ML	1
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
119496	FIO MONONYLON (1163T) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	1			
165699	FIO Q-PG109X VICRYL ENV 1 UD	1			
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1	19	TAXA DE SALA	Início: 12:40 Fim: 13:40
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	9	4	TREPANO	Início: 12:40 Fim: 13:40
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5	20	OXIGENIO	Início: 12:40 Fim: 13:40
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 12:40 Fim: 13:40
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1	16	MONITORIZAÇÃO	Início: 12:40 Fim: 13:40
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 12:40 Fim: 13:40
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	1			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200			
140436	PARAFUSO CANULADO 4.5MM - 1 UD	2			
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			

FICHA DE ANESTESIA



ANTONIO PRUDENTE

Nome: JOSE CHUATO GOMES DA SILVA
Idade: 57 Peso: 63,36
Prontuário: 16063936 Convênio:
Diagnóstico: FANT DE CÂNCERO
Cirurgia: OSTEOSTOMA DE FANT T2 Anestesia: RAQUIMIA
Cirurgião: DR. BRUNO BOTELHO ASA:

24/07/2015
Data: 24/07/2015
Sexo: F () M ()
MARVIA

A	HORA	
G	O ₂	
E	N ₂ O	
N	Ar	
T		
E		
S		

LÍQUIDOS

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INV
--------------	----------------------	------------	-------------------	-------------

SAT O: RR
ETC O:
PVC

XU		DROGAS		EVENTO	
1	medicinas 151	9	ecstasy 12h 40	A	monitoreado
2	drogas 12h 40	10	hidrocodona 25mg	B	
3	midazolam 5mg	11	colico 50mg	C	exames de
4	anticonvulsivos 10mg	12		D	exames de
5	etanol 10mg	13		E	exames de
6	exames de 10mg	14		F	exames de
7	exames de 10mg	15		G	exames de
8	exames de 10mg	16		H	exames de
9	exames de 10mg	17		I	exames de
10	exames de 10mg	18		J	exames de

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Oro	Naso	S
<i>Ensebit</i>					Respiração:	Espon.	Assist.	
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:	2	Local da Punção:	
					Aguilha:	Nº 25	Técnica:	Nº 25
Condição final op:	Dif. 1070 H. Max. 10 ALGICAR				Início:		Final:	
					Duração:	10 min		

Intercorrências per on:	Ass. Anestesista - CRM	1
-------------------------	------------------------	---

Ass. Anestesista - CRM

Dr. Luiz Flavio B. Ribeiro
Médico

CRM-CE: 19700

FICHA DE ANESTESIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 13:34

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1] Nº: 44608760 24/09/2019 às 12:22

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S920

Diagnóstico Cirúrgico S920

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 24/09/2019

Hora Da Cirurgia 13:33

Cirurgia trat. cir. fratura do tornozelo
reparo ligamentar
enxerto osseo

Cirurgião Dr Bruno Botelho

1º Auxiliar Dr Rafael Bezerril

Anestesista Dr Luis Flavio

Descrição Cirúrgica
Decúbito dorsal
Assepsia e antissepsia
Acesso posterior ao tornozelo
Divulsão por planos
Redução dos fragmentos da fratura do calcâneo
Estabilização com parafusos interfragmentários
Controle radiográfico
Enxertia óssea para preenchimento de falha óssea
Reparo ligamentar do tendão de Aquiles
Hemostasia e limpeza
Sutura por planos
Curativo estéril
Imobilização gessada

Códigos Dos Procedimentos
30728126
30728142
30732026

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 / RQE 4408

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 38

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 17:52

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 219/1	
Profissional(is): MICILENE FREITAS MORAIS, ENFERMEIRO(A), COREN 869539 [1]	Nº: 44610278	24/09/2019	às 12:55

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	24/09/0019	[1]
Hora Da Cirurgia	12:30h	[1]
Cirurgia	fratura de tornozelo	[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 Sanguínea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[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.	[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]
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[1]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	NÃO.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[1]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 39

Página 2 de 2

24/09/2019 13:59

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 10/12/1961

Atendimento: 62261219

Prontuário: 16063936

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

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

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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 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]



PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE PRONTUÁRIO

Paciente:

Jose Claudio Gomes dos Santos

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.	X		
Sinalizar pendência de parecer médico, se houver; isolamento e cuidados paliativos.		X	
Apazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepe verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações checadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipos, sonda e BICs.	X		
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	X		
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.		X	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.		X	
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?	X		
Existe acompanhamento dos registros/ fechamento de B.H em sistema?	X		
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Inclusive para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.	X		
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		IDENTIFICADO!
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	X		S/ QUEIXAS

Assinatura do enfermeiro

Matheus V. Coelho Q. Lima
COELHO

Assinatura do enfermeiro Líder



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Pagina 1

Emissão: 24/09/2019 12:21

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS		Dt. Nasc. 10/12/1961		Atendimento: 62261219	
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ		Nº Prescrição: 23895698		Prontuário: 18063936	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA		Leito: 219/1		Peso: 80.00 kg	
1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h		ORAL	
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		
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)		1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV
Água Destilada			10 ml		
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)		100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml		
5. PLAMET (5.00mg/ml)		10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV
Água Destilada			18 ml		
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	6/6h	EV
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml		
Alta vigilância					
7. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)		1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV
Água Destilada			18 ml		
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO			SN		
9. PUNCAO C/ JELCO			SN		
10. SINAIS VITAIS					
11. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					
12. Alta em: 25/09/2019		ALTA MELHORADO			
Alta dada por: BRUNO DE BRITO BOTELHO					

Profissionais: CRM-9329

BRUNO DE BRITO BOTELHO

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 / RQE 4408

RP1541

BRUNO DE BRITO BOTELHO

IP: 192.85.4.101

24/09/2019 12:21

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 09:59, sob o número 0236759362020080600001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0236759-36.2020.8.06.0001 e código 6CA3ED7.

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 10/12/1961

Atendimento: 62261219

Prontuário: 160633936

Convenio: HAPVIDA_MATRIZ

Nº Prescrição: 0023895698

Peso: 80.00 kg

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA

Leito: 219/1

Reservado para o SIND

Legenda horário : ☒ Indica item não administrado.

ENTEROFIX

Ass.

☐ Indica item checado.

4
Assinatura: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Convenio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA

TOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
PLAMET		IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	EXTENSOR 20CM C/2 VIAS - 1 UD	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6
PLAMET 10MG 2 ML AMPL 2 ML	2	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4		
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2		
DIPIRONA AMP		Sondagem Vesical De Alivio	
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50	
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	XYLOCAINA GELEIA 2% BISN 30 GR	5
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	LUVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2	CEFAZOLINA SODICA	
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
CETOPROFENO IV		ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 ML	2	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	2
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2	HV Vol Total: 500.00 Vig:	
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	1
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	2	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1
TRAMADOL		TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10		
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2		
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	2		
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4		
TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 2			
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 ML	2		
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2		
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4		
Puncão C/ Jeito			
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1		
CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1		

RP1531

JESSICA BARBOSA GAMA

24/09/2019 16:28

IP: 192.85.4 101

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**Pagina 1 de 1
25/09/2019 01:18

rp1532, s08

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23904348	25/09/2019 às 01:16	
Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Leito: 3015B/2	Enfermeiro(a): JANDERSON LEE MACEDO MOTA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO			
Profissionais:			

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

RENOVAR ACESSO VENOSO	
OBSERVAR SINAIS FLOGISTICOS	00:00 12:00

13 - INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Relacionado a: CIRURGIA

MANTER PELE LIVRE DE UMIDADE	00:00
TROCA DE CURATIVOS ATENTANDO PARA ASPECTO	00:00

Janderson Lee M. Mota
COREN-CE 454.918 ENF

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**Pagina 1 de 1
25/09/2019 01:21 AM
pp1532_02

Paciente:	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.:	10/12/1961	Atendimento:	62261219	Prontuário:	16063936
Convênio:	HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição:	23904355	25/09/2019 às 01:18			
Posto:	POSTO 3B - HAPFOR	Leito:	3015B/2				
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA							
Profissionais: JANDERSON LEE MACEDO MOTA (COREN 454918)							
1 - OBSERVAR							
NIVEL DE ORIENTACAO		00:00 12:00					
Nível de Consciência		00:00 12:00					
PADRAO RESPIRATÓRIO		00:00 12:00					
2 - REALIZAR/REGISTRANDO							
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		00:00 12:00					
4 - MANTER							
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL		00:00 12:00					
7 - ORIENTAR							
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R		00:00 12:00					

PROCEDIMENTOS REALIZADOSJanderson Lee M. Mota
COREN-CE 454.918 ENF

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**Pagina 1 de 1
24/09/2019 08:29
op:532_sae

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23890841	24/09/2019 às 08:27	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Leito: 219/1	Enfermeiro(a): HATYANA VIRGINIA COELHO DE Q	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADORelacionado a: DOR
TRATAMENTO CIRÚRGICO**8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A**Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGISTICOS	Mantido:
-----------------------------	----------

Hatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 457173 ENF

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**Pagina 1 de 1
24/09/2019 08:33 AM
rp1532_02

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23890877	24/09/2019 às 08:29	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA (COREN 437473)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Thatyana V. Coelho de Lima
COREN-CE 437473

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**Pagina 1 de 1
24/09/2019 15:49

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuario: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23898751	24/09/2019 às 15:48	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1	Enfermeiro(a): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADARelacionado a: TRATAMENTO
RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas Mantido: [1] OK

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido: [1] OK

2 - CONFORTO PREJUDICADORelacionado a: CALAFRIO
TRATAMENTO CIRÚRGICO
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido: [1] OK

ROMOVER AQUECIMENTO DAS EXTREMIDADES Mantido: [1] OK

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**Pagina 1 de 1
24/09/2019 03:50 PM
rp1532_00

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23898756	24/09/2019 às 15:50	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA (COREN 400703)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Loretha Ingrid S. Lima
COREN-CE 400703-2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

24/09/2019 15:47

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1] Nº: 44618460 24/09/2019 às 15:45

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

15:30 - J. C. G. S, 57 ANOS DN: 10/12/1961, ADMITIDO NA RPA, PROVENIENTE DO CC NO POI DE FRATURA DE CALCÂNEO REALIZADO PELO DR BRUNO.

HD: FRATURA DE CALCÂNEO

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES.

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO. EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO. COM AVP EM MSE FUNCIONANTE. PULSEIRA EM MSD. DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO. EVACUAÇÕES AUSENTES. CURATIVO INTEGRAL. SEM QUEIXAS ALGICAS. AGUARDA ALTA ANESTÉSICA. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PA: 115 X 65 MMHG, FC: 69 BPM, SATO2: 100%.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS;

RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO. ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO;

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONECÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP.

ENFA: LORETHA

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Loretha Ingrid S. Lima
COREN 400703

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

24/09/2019 22:15

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**Paciente:** JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS**Dt. Nasc.:** 10/12/1961**Atendimento:** 62261219**Prontuário:** 16063936**Convênio:** HAPVIDA_MATRIZ**Posto:** POSTO 3B - HAPFOR**Leito:** 3015B/2**Profissional(is):** JANDERSON LEE MACEDO MOTA, ENFERMEIRO(A), COREN 454918 [1]**Nº:** 44633594 **24/09/2019** às **22:13****EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM****Evolução de enfermagem**

15:30 - J. C. G. S. 57 ANOS DN. 10/12/1961. NO POI DE FRATURA DE CALCÂNEO REALIZADO PELO DR BRUNO.

[1]

HD: FRATURA DE CALCÂNEO

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES.

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO. EUPNEICO EM AR AMBIENTE. NORMOTENSO. NORMOCARDICO. COM AVP EM MSE FUNCIONANTE. PULSEIRA EM MSD. DIURESE ESPONTANEA PRESENTE NO PERIODO. EVACUAÇÕES AUSENTES. CURATIVO INTEGRO. SEM QUEIXAS ALGICAS. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

GERENCIAMENTO DE RISCO.

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS;

RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO. ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONECÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP.

AValiação de DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Janderson Lee M. Mota
COREN-CE 454.918 ENF



ANTONIO
F. FREUDENTE

ACOMPANHAMENTO ABDULO SINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANCA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 09:59, sob o número 0236759362020080600001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0236759-36.2020.8.06.0001 e código 6CA3ED7.

Profissionais: PATRICIA MARIA GOMES DE MELLO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1290628 [1] II

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA

Leito: 219/1

24/09/2019 às 09:15

Atendimento: 62261219

Nº Documento: 23891828

Prontuário: 16063936

Dr. Nasc.: 10/12/1961

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

SINAIS VITAIS	24/09																			25/09					
	00:00	05:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	
Frequência Respiratória (mpm)								18																	
Frequência Cardíaca (bpm)								81	[1]																
Temperatura (°C)								35.9	[1]																
Sat O2 (%)								98	[1]																
Pa Sistólica (mmHg)								150	[1]																
Pa Diastólica (mmHg)								80	[1]																
Glicemia Pela Fita (Dx) (mg/dL)								120	[1]																

Patricia Maria Gomes de Mello
COREN-CE 1290628 - TE

54

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS
Dt. Nasc.: 10/12/1961
Atendimento: 62261219
Convenção: HAPVIDA - MAIRIZ
Nº Prescrição: 23908579
25/09/2019 às 10:08
Prontuário: 36063936
Posto: POSTO 3B - HAPFOR
Leito: 3015B2
Peso: 80.00 kg

1. DIETA - GERAL-ADULTO/PARA A IDADE
33h ORAL
CRM-8260

2. Hidratação Venosa Fase Única
Vol. Total: 500 ml
7.00 g/s/min
Acesso Periférico
CRM-8260

SORO FISIOLÓGICO 0.9%
20.83 ml
CRM-8260

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D2/2)
1g
1 FRAP (FRAP C/1GR)
8/8h EV
CRM-8260

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)
100mg
1 FRAP (FRAP C/100MG)
8/8h EV
CRM-8260

5. PLAMET (5.00mg/ml)
10mg
2 ML (AMPL C/10MG)
8/8h EV
CRM-8260

6. IRAMADOL (50.00mg/ml)
100mg
2 ML (AMPL C/100MG)
6/6h EV
CRM-8260

Alta vigilância
7. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)
1000mg
2 ML (AMPL C/500MG)
6/6h EV
CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO
SN
CRM-8260

9. PUNÇÃO C/ JELCO
SN
CRM-8260

10. SINAIS VITAIS
CRM-8260

11. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACCOCHOADA MEDIO
CRM-8260

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

fls. 55

Página 1 de 1

25/09/2019 10:59

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 10/12/1961

Atendimento: 62261219

Prontuário: 16063936

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO 3B - HAPFOR

Leito: 3015B/2

Profissional(is): MARIA MEIRIENE ALBUQUERQUE PEREIRA COSTA, ENFERMEIRO(A),
COREN 559488 [1]

Nº: 44649023 25/09/2019 às 10:12

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

CLIENTE- J. C. G. S, 57 ANOS, NO 1º PO DE FRATURA DE
CALCÂNEO REALIZADO PELO DR BRUNO.

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES.

EVOLUI CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO EM
AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, DIETA VO, AVP
EM MSE FUNCIONANTE, PULSEIRA EM MSD DIURESE
ESPONTANEA PRESENTE NO PERÍODO, EVACUAÇÕES AUSENTES.
CURATIVO INTEGRO, SEM QUEIXAS ALGICAS.
SEGUE DE ALTA HOSPITALAR

GERENCIAMENTO DE RISCO

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS;

RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO,
ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO;

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM
DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS
CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE
DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Não

Mª Meiriene A. P. Costa
Enfermeira
CC. JENICE 200.440

[1]

[1]

[1]

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

fls. 56

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 17:19

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontoário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1] Nº: 44608514 24/09/2019 às 12:18

IDENTIFICAÇÃO

Nome	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	[1]
Sexo	masculino.	[1]
Idade	57 A 9 M	[1]
Data De Nascimento	10/12/1961	[1]
Nº Atendimento	62261219	[1]

DADOS DO PACIENTE**MOTIVOS DA INTERNAÇÃO**

CID10 Primário	S920 FRATURA DO CALCANEIO	[1]
----------------	---------------------------	-----

COMORBIDADES**GRAU DE INDEPENDÊNCIA****IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS****OBJETIVOS TERAPÊUTICOS**

Principal	Osteossintese de fratura do calcaneo dir	[1]
-----------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES**ALTA HOSPITALAR**

Total De Dias	5 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 [1] 4408

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

rofissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1] Nº: 44608728 24/09/2019 às 12:21

Evolução Do Paciente	Paciente internado para tratamento cirúrgico de fratura do calcâneo direito. Procedimento realizado sem intercorrências, dentro do programado. Segue para observação e recuperação pós-operatória. CD: VPM	[1]
CID 10	S920 FRATURA DO CALCANEO	[1]

Dr. Brung Borlho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9201 / ROR 448

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

fls. 58

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/09/2019 10:11

Pacient: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO 3B - HAPFOR Leito: 3015B/2

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1] Nº: 44648876 25/09/2019 às 10:11

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 POS OP DE FRATYRA DE TORNOZELO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

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



(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente): Jose Claudio Gomes dos Santos

CPF:

Data de Nascimento:

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

- 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 anestesiológico. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- 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.
- 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.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológico 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).
- 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.

29 de Setembro de 20 19

Hora: _____

Nome legível: Jose Claudio Gomes dos Santos Assinatura: [assinatura]

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.

Dr. Luiz Flávio B. Ribeiro

MÉDICO
CRM-CE 19706

Nome legível: _____ CRM e visto ou carimbo com CRM e visto



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente:

Passagem:

Leito:

Prontuário:

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (h)	DOR
24						Sólidos: 24 Líquidos: 24	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/ PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório

Tolerância ao exercício

☐ Hipertensão☐ Angina☐ Coronariopatia☐ Infarto do miocárdio☐ Insuf. Cardíaca☐ Outras☒ Negativo☐ Valvulopatia☐ Arritmia☐ Angioplastia☐ DVP☐ AAA

Respiratório

☐ Dependência O₂☐ Apnéia do sono☐ IVAS recente☐ Expectoração☐ Outras☒ Negativo☐ Asma☐ Tuberculose☐ DPOC

Gastrointestinal/hepático

☐ Ref. Gastro-esofágico☐ Úlcera péptica☐ Vômito/ diarreia☐ Hérnia de hiato☐ Obst. Intestinal☐ Outras☒ Negativo☐ Gastrite☐ Hepatite☐ Icterícia☐ Cirrose

Neurológico

☐ Convulsões☐ Dormência/ fraqueza☐ Lesão medular☐ Outras☒ Negativo☐ AVC☐ Cefaléia☐ PIC

Renal

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

Hematológico

☐ Transfusão prévia☐ Plaquetopatia☐ Outras☒ Negativo☐ Coagulopatia☐ Anemia

Músculo esquelético

☐ Dor lombar☐ Musculodistrofia☐ Outras☒ Negativo☐ Artrite

Endócrino

☐ Diabetes tipo☐ Patologia da tireóide☐ Outras☒ Negativo

Câncer

☐ Quimioterapia☐ Outras☒ Negativo☐ Radioterapia

Infeccioso

☐ HIV☐ Outras☒ Negativo

Gravidez

☐ Idade gestacional☐ Negativo☐ semanas

Crianças abaixo de 1 ano

☐ Condições de Nascimento☐ Negativo☐ Internação☐ Alta com a mãe☐ Termo☐ Pré-termo:☐ Idade gestacional☐ Idade pós-conceitual☐ (idade gest.+idade atual)

Hábitos Sociais

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

Alergias

☐ Tipo/Agente☐ Reação☒ Negativo

Cirurgia/anestesia prévia

☐ Cirurgia☐ Anestesia☐ Dados relevantes☐ Músculos☒ Negativo

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)

NÃO FAZ USO
MEDICADO COM
CAB DE BOSTON

Via aérea

História de via aérea difícil

☐ Sim☒ Não

Mallampati

☐ I☐ II☒ III☐ IV

Distância esterno/mento

cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias

☒ Negativo

Tipagem solicitada

Reserva de U Conc. Glob

Avaliação ASA

☒ I☐ II☐ III☐ IV☐ V☐ VIEmergência: ☐ Sim ☒ Não

Planejamento Anestésico

Comentários sobre os achados:

Dr. Luiz B. Ribeiro
CRM: 19708

DATA

HORA

ASSINATURA

Dr. Luiz B. Ribeiro
Médico
CRM: 19708

 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: José Claudio Gomes dos Santos	Data de Nascimento: 10.12.61
Nº do prontuário: 10063936	Data de admissão: 24.03.19
Leito:	Data da realização da escala:

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	0
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	1
		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	1
		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	Alerta e calmo	1
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	1
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	1
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
G	Alterações nas eliminações	4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
		1	Não	
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				4

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	Histoplasmose
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)		



Nome completo: Yox Clauden Gomes dos Santos Data de Nascimento: 10/12/61 Número do registro hospitalar: 0

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 24-04-19 Hora: 05:00 Unidade de origem: Unidade de origem Unidade de destino: Unidade de destino
Responsável pelo transporte: ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência:

Diagnóstico(s): Cirurgia

Sinais Vitais: PA 120/80 mmHg 70 bpm 1 FR: 12 rpm: 18 T: 36,5 °C

SpO2 98 % Escala de dor 1

Medicamentos em uso

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

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

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

Acessos vasculares ☐ Não ☒ Sim ☐ CVC ☐ CVP ☐ PICC ☐ Port a cath ☐ Outros

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

Outros dispositivos ☐ Não ☒ Sim Qual?:

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

Curativos ☐ Não ☒ Sim Qual produto?:

Precaução ☐ Não ☒ Sim ☐ Contato ☐ Aerossóis ☐ Gotículas

Monitorização ☐ Não ☒ Sim Qual?:

Nível de consciência ☐ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso

Locomoção ☐ Deambula sem auxílio ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado

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

BREVE HISTÓRICO

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

Alergias ☐ Não ☒ Sim Qual?:

Procedimentos realizados ☐ Não ☒ Sim Qual?:

Data: 24/04/19

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

AValiação

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências

☒ Não ☐ Sim Qual(is)?:

Exames Pendentes:

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

Foi realizado o exame: ☐ Não ☒ Sim

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

Conduta imediata: ☐ Não ☒ Sim Qual:

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

Sinais Vitais: PA 120/80 mmHg FC: 70 bpm: 1 FR: 12 rpm: 18 T: 36,5 °C

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS
Data de nascimento	10/12/61
Nome do(a) Responsável/Parentesco	CLAUDISANGELA (FILHA)
Procedimento a ser realizado	PX. TORNOZELO MID

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		DESDE 19:00h - DE 03/09/19
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		CIRURGIA DE MEVISCO MID
Identificação com pulseira	X		MID/MSE

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		MID
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		

Sinais vitais:

PA: 119 x 73

FC: 75 BPM

FR: 13 lpm

SPO2: 100%

Local e data: FORTALEZA 04, 09, 19 Horário: 09:35

Rafael de Sousa Damasceno
COREN-CE: 001.335.555 - TE

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Jose Claudio G dos Santos

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Rafael
Rafael de Sousa Damasceno
COREN-CE: 001.335.555 - TE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



ANTONIO
PRUDENTE

Nome do Paciente: <u>José Claudio Gomes dos Santos</u>
Data de Nascimento: <u>10/12/61</u> Data de Internação: <u>20/09/19</u>

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

Eu, José Claudio Gomes dos Santos, inscrito no CPF sob o N° 507 533 553-53, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

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

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

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

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: José Claudio Gomes dos Santos RG: _____

Data de Nascimento: 10/12/61 Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, 24 de SETEMBRO de 2019.

José Claudio
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

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

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

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura/ Carimbo do Médico

 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: Jose Cleudilene Gomes da Silva DATA DO NASCIMENTO: 10/12/61

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Unidade 1 DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 24/09/19

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: <u>9</u>	

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 deficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações 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)

Nome completo: Jose' Claudio Gomes Data de nascimento: 10/12/61 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 24/09/19 Hora: _____ Unidade de origem: RPA Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta Maquieiro

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Alta anestésica
Diagnóstico(s): fratura de colosso
Sinais Vitais: PA 121/60 mmHg FC 80 bpm FR 22 rpm T 36 °C
SpO2 99 % Escore 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 l/min () Nebulização l/min () Ventilação mecânica _____
Acessos vasculares () Não () Sim () CVC ☒ CVP () PICC () Port a cath () Outros _____
Sondas, drenos, ostomias ☒ Não () Sim Qual?: _____
Outros dispositivos ☒ Não () Sim Qual?: _____
Lesão de pele ☒ Não () Sim Local: _____ Estágio: _____
Curativos () Não ☒ Sim Qual produto? SFO 9x
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?: _____ Data: ____/____/____
Valores, crenças, barreiras ☒ Não () Sim Qual?: _____

AVALIAÇÃO

A Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R Recomendações especiais e pendências () Não () Sim Qual(is)?: _____
Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

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

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 24/09/19

Nº PRONTUÁRIO: 16063936

SEXO: X/M () F

PESO: 57

IDADE: 57

DATA NASC: 10/12/61

HORA DA ENTRADA NA RPA: 13:50

CIRURGIÃO: Bruno

NOME COMPLETO: José Claudius Gomes

CIRURGIA REALIZADA: Ft calcâneo

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (irpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dL)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
13:50	115/65	68	18	35.1°C	—	100	0	AP Melo
14:05	112/67	71	18	35.8°C	—	100	0	AP Melo
14:20	118/64	69	18	35.0°C	—	100	0	AP Melo
14:35	118/66	69	16	35.1°C	—	99%	0	AP Melo
14:50	118/64	68	16	36.2°C	—	99%	0	AP Melo
15:20	113/66	71	18	36.6°C	—	100	0	AP Melo
15:50	113/66	70	16	36.1°C	—	99	0	AP Melo

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

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

HORA	13:50	15:50
CONSCIÊNCIA	✓	
ATIVIDADE	✓	
RESPIRAÇÃO	✓	
CIRCULAÇÃO	✓	
SpO ₂	✓	
TOTAL	9	

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO DA ALTA DA RPA: _____

MÉDICO(A): _____

ENFERMEIRO(A): _____

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA Log: 24/09/2019 08:31:03 User:DIANACS Banco:HAPVIDA.US.ORACLE.COM Operador: cchep HAPFOR-6102V85 10.2.17.205 Windows 7

Usuário: B19610064180936 01 2 Nome do Usuário: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Nome Social: CPF: 58793366363 Nascimento: 10/12/1961 Idade: 57 Sexo: M Vendador: ADMHAPVIDA/MATRIZ

Correspondência: CPF Dependente: 58793366363 Matrícula: 533

Financeiro: Ficha Médica Consultas Procedimento Observações Dador Precatório Aut. Internação Aut. Procedimento Cursos E-Mail Outras Funções Pré-autorização

Senha: D01203383 Procedimento: 28010540 CREATININA Especialidade: Tp: E Dt Autoriz: 24/09/2019 Dt Interna: 0 Qt dias Qt. uti D Aut D UTI Qt. tot: 0 0 1 1

Historico: Prestador: HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE Operador: HUMASTER Status: SEM RESTRICAO Sala de Controle: ☒

EXAMES SIMPLES Solicitante: Auditor: Observação: ONMED Restrição: OPMEB Del:

MEDICOS CORPOS CLINICOS

Senha: D01206206 Procedimento: 03723113 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO HISTORICO: 22/03/19 - AS 8-H MATERIAL LIBERADO COM MARCELO: 02 PARAFUSO CANCELADO 4.6 (M PEDRORS) UTI Qt. tot: 0 0

Historico: Prestador: HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE Operador: HUMASTER Status: SEM RESTRICAO Sala de Controle: ☒

Solicitante: Auditor: Observação: ONMED Restrição: OPMEB Del:

BRUNO DE BRITO BOTEELHO VIVIANE ARAUJO CHAVES

Senha: D01203328 Procedimento: 00734113 FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRA Historico: 22/03/19 - AS 8-H MATERIAL LIBERADO COM MARCELO: 02 PARAFUSO CANCELADO 4.6 (M PEDRORS) UTI Qt. tot: 0 0

Historico: Prestador: HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE Operador: HUMASTER Status: SEM RESTRICAO Sala de Controle: ☒

Solicitante: Auditor: Observação: ONMED Restrição: OPMEB Del:

BRUNO DE BRITO BOTEELHO VIVIANE ARAUJO CHAVES

Senha: D01203388 Procedimento: 28040791 TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO Especialidade: Tp: E Dt Autoriz: 24/09/2019 Dt Interna: 0 Qt dias Qt. uti D Aut D UTI Qt. tot: 0 0 1 1

Historico: Prestador: HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE Operador: HUMASTER Status: SEM RESTRICAO Sala de Controle: ☒

EXAMES SIMPLES Solicitante: Auditor: Observação: ONMED Restrição: OPMEB Del:

MEDICOS CORPOS CLINICOS

65.58 24/09/2019

[illegible]



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

Nome: João Cláudio Gomes
Data Nascimento: 10 / 12 / 1961
Atendimento: 622612.19

Médico: Dr. Bruno Botelho

Procedimento: Fratura de Tornozelo

Técnicos de sala: micilene p/ Jéssica

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

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Da Caixa Cirúrgica:	Metodo de Esterilização:	Á VAPOR
<u>PBA delicado</u>	Data da Esterilização:	<u>23.09.19</u>
Nº Caixa Cirúrgica:	Data Limite para Uso:	<u>23.03.20</u>
<u>0066</u>	Nº LOTE:	<u>5377</u>
Assinatura e Carimbo Responsável pelo:	<u>Marilene M. de Mesquita Barreto</u>	

**DE
SE**

PRUDENTE
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Da Caixa Cirúrgica:	Metodo de Esterilização:	Á VAPOR
<u>Vesical</u>	Data da Esterilização:	<u>20.09.19</u>
Nº Caixa Cirúrgica:	Data Limite para Uso:	<u>20.03.20</u>
<u>0483</u>	Nº LOTE:	<u>693.2</u>
Assinatura e Carimbo Responsável pelo:	<u>[Carimbo]</u>	

ANEXAR ESTE IMPRESSO AO PRONTUÁRIO DO

CE:

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 08:59

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 52261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN Nº: 44596335 24/09/2019 às 08:43
437473 [1]

PACIENTE

Data De Admissão 24/09/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 24/09/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA TORNOZELO DIREITO [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência OXIPINAL - 01 CP 2X/DIA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não. [1]

Etilista Não. [1]

Internações Anteriores SIM [1]

Motivo das Internações CIRURGIA [1]

Cirurgias Anteriores Sim. JOELHO DIREITO [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

Exames E Procedimentos Sangue. ECG DE DIAS ANTERIORES [1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado 71 kg [1]

Intolerância Alimentar Não. [1]

Jejum Sim. DESDE DAS 19HS [1]

Conservado Sim [1]

Dentição Preservada. [1]

ABDOMEN

Exame Abdominal Globoso. [1]

ELIMINAÇÕES

Intestinais Presente. [1]

Urinárias Presente. [1]

Intestinais/ Urinárias NEGA [1]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso Sim. [1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 72

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 08:59

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS**Dt. Nasc.:** 10/12/1961**Atendimento:** 62261219**Prontuário:** 16063936**Convênio:** HAPVIDA_MATRIZ**Posto:** RPA - RECUPERACAO POS ANESTE **Leito:** 219/1**COGNITIVO / PERCEPTIVO**

Em Ouvir

Não.

[1]

Compreender

Não.

[1]

Memorizar

Não.

[1]

Falar

Não.

[1]

CONFORTO

Queixas de Dor

Não.

[1]


Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 14.1173 ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 13:53

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

FC		[1]
FR	19 mrpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	24/09/19	[1]
Hora	13:00h	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	às 12:30, pct. j.c.g.d.s, 57 anos, masculino. foi admitido no centro cirurgico para submeter-se a uma cirurgia de fratura de tornozelo realizada pelo dr. bruno botelho, pct. consciente orientado, verbalizando, normocorado. foi submetido a uma anestesia de sedação+raqui pelo dr. luiz flavio, nega alergias e comorbidades. será encaminhado para srpa com avp em mse, pulseira em msd, curativo limpo, sem intercorrências no período. segue aos cuidados de enfermagem.	[1]
Eletrodos	torax	[1]
Incisão Cirúrgica	tornozelo	[1]
Placa De Bisturi	coxa	[1]
Punções Venosas	mse	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 74

Página 1 de 2

IOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 13:57

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontoúário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Professional(is): MICILENE FREITAS MORAIS, ENFERMEIRO(A), COREN 869539 [1] Nº: 44610470 24/09/2019 às 12:58

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	24/09/0019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	fratura de tornozelo	[1]
Pulseira De Identificação	msd.	[1]
Comorbidades	nao	[1]
Nome, dosagem, frequência	nao	[1]
Alergia- Descrição	nao	[1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	enf.leilane	[1]
Hora	12:30h	[1]
Sala	01	[1]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	integra	[1]
Inicio Da Anestesia	12:40	[1]
Término Da Anestesia	13:35	[1]
Inicio Da Cirurgia	13:00	[1]
Término Da Cirurgia	13:25	[1]
Instrumentador	nonata(particular)	[1]
Circulante	micilene	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	direito	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Clorexedine Alcoólico	s	[1]
Clorexedine Degermante	s	[1]
Álcool	s	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	suturada e com curativo	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	srpa.	[1]

SINAIS VITAIS

T	36.6 °C	[1]
Pulso	78 bpm	[1]
PA	136/76	[1]
	78 bpm	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 75

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 08:43

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN Nº: 44595933 24/09/2019 às 08:34
437473 [1]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 24/09/2019 [1]

Cirurgia FRATURA TORNOZELO DIREITO [1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente EMERGÊNCIA-TRAUMA [1]

Identidade Do Paciente Sim. [1]

Realizados Protocolos De Instrumentais SIM. [1]

Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião Sim. [1]

Exames Complementares Sim. ECG E EXAMES LABORATORIAIS DIAS ANTERIORES [1]

Retirada De Adornos/Próteses Sim. [1]

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

Confirmação De Reserva De Sangue Não. [1]

Banho Pre-Operatório Sim. [1]

Paciente Refere Alergia NÃO. [1]

Paciente Está Em Jejum SIM. JEJUM DESDE DAS 19HS [1]

Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 44595933 ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 76

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 08:50

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 219/1	
Profissional(is): THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 437473 [1]	Nº: 44596335	24/09/2019	às 08:43

PACIENTE			
Data De Admissão	24/09/2019		[1]
PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo De Cirurgia	Emergência.		[1]
Data Da Cirurgia	24/09/2019		[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA TORNOZELO DIREITO		[1]
Pulseira De Identificação	MSD.		[1]
Comorbidades	NEGA		[1]
Nome, dosagem, frequência	OXIPINAL - 01 CP 2X/DIA <i>direito</i>		[1]
Alergia- Descrição	NEGA		[1]
Tabagista	Não.		[1]
Etilista	Não.		[1]
Internações Anteriores	SIM		[1]
Motivo das Internações	CIRURGIA		[1]
Cirurgias Anteriores	Sim. JOELHO DIREITO		[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.		[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.		[1]
Reserva de Hemoderivados			
Higienização	Sim		[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim		[1]
Exames E Procedimentos	Sangue. ECG DE DIAS ANTERIORES		[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO			
Peso Estimado	71 kg		[1]
Intolerância Alimentar	Não.		[1]
Jejum	Sim. DESDE DAS 19HS		[1]
Conservado	Sim		[1]
Dentição	Preservada.		[1]
ABDOMEN			
Exame Abdominal	Globoso.		[1]
ELIMINAÇÕES			
Intestinais	Presente.		[1]
Urinárias	Presente.		[1]
Intestinais/ Urinárias	NEGA		[1]
SONO / REPOUSO			
Concilia Sono e Repouso	Sim.		[1]

Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 11.113.63F

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 77

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 08:50

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir	Não.	[1]
Compreender	Não.	[1]
Memorizar	Não.	[1]
Falar	Não.	[1]

CONFORTO

Queixas de Dor	Não.	[1]
----------------	------	-----

Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 021111/ENE

SINISTRO 3190721564 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 50753355353**Posição em 09-01-2020 12:19:48**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

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