

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01440002-2** em **11/09/2020 13:38:21**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0247537-65.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01440002-2
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 11/09/2020 13:38:21

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2749151_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2749151_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-16.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

600 885 803-42 JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS 600 885 803-42

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2622 0 CONTA: 28851 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA-CE 08/07/2020

✓ JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE Ocorrência Nº 118 - 1439 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/06/2020 11:56:48**
Data / Hora da Ocorrência: **25/03/2020 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR ESTRADA ENTRE A BR 222 E SITIOS NOVOS, SITIOS NOVOS - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **SITIOS NOVOS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS**
Nascimento: **20/11/1986** CPF: _____
RG : **2003097042116** Orgão Emissor: _____ UF: **CE**
Filiação: _____
Endereço: **RUA SANTA RITA, 5**
Bairro: **SITIOS NOVOS**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98139-8887**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNN3117** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KD0810FR445679** Renavam: **1061259550** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano: **2015** Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrito, pilotava sua moto já mencionada acima quando atropelou um jumento; Que o declarante foi levado por uma ambulância do Samu para o hospital Antônio Prudente em fortaleza onde recebeu tratamento médico. que na pancada o declarante fraturou o fêmor direito, o pé direito e a escápula.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

600 885 803-42

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

600 885 803-42

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

AUTÔNOMO

RUA STA RITA

5

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

CENTRO

CAUCAIA

CE

61695-980

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (85) 996333354

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2622 0 CONTA: 28851 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA-CE 08/07/2020

✓ JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2020 10:58

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66418234 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
Profissional(is): FERNANDO GOMES BEZERRA RIBEIRO CRM 13378 [1] Nº: 52870994 25/03/2020 às 22:27

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO-ANIMAL COM PRESENÇA DE FRATURA DE FEMUR. ACIDENTE DE GRANDE ENERGIA APRESENTA DOR ABDOMINAL E EM TORAX A INSPIRAÇÃO PROFUNDA RELATA CEFALÉIA ECG 15 CONSCIENTE E ORIENTADO [1]
CD
SOLICITO TAC DE ABD, TORAX E CRANIO
ANALGESIA
REAValiação APOS EXAMES

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO
Folha 29351
Assinatura

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.425,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02622-0

CONTA: 000010028851-0

Nr. da Autenticação 80C4372CF6854CFE

000587

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Cidade

Nº de Inscrição:

54054559

DADOS DO CLIENTE

Nome: LIDIANE DE SOUSA BARBOSA
End. Leitura: RUA STA RITA, 5, CENTRO
Cidade: SÍTIOS NOVOS [CAUCAIA]

CEP: 61.895-990

End. Entrega:

Cidade:

Local: 112

Setor: 001

Subsetor:

Quadra: 025

Lote: 0200

CEP:

Comp: 0000

ECONOMIAS

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A08F499169	16	17	1	2

DATAS

Leitura Atual: 02/10/2019 | Emissão: 15/10/2019 | Lacre Água: A08F499169
Leitura Anterior: 02/09/2019 | Próxima Leitura: 1/11/2019 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	10	10	10	10	10
Analisadas	10	10	10	10	10
Em conformidade	10	8	3	9	10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 M3 | META: 10 M3.
AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	28,30	Mês/Ano
		Água (m³)
		Esgoto (m³)
		0000
		0000
		0000
		0000
		02/2019
		03/2019
		04/2019
		05/2019
		06/2019
		07/2019
		08/2019
		09/2019

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,27	Descrição	
COFINS	1,35	Valor do Serviço	41,10
		Subsídio(-)	12,80
		Total de Serviço	28,30

MÊS/ANO
10/2019VENCIMENTO
05/11/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
28,30

ONDE PAGAR SUA TAXA

Bancos: Bradesco, BB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Truqui, Outros: Fácil, A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de acordo com o seu banco. Consulte sua agência.

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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria: ouvidoria@arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras Fortalece: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado.

309-640885492-7

05/nov/2019

HORA OF 17:58:15

LOT. 05.005835-5
LOCALIDADE: CAUCAIA
AG. VINCULADA: 1089

TERM 00635

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGECE CIA AG ESG CEARA

VALOR DO PAGAMENTO: 28,30

826500000003 283000000003
054054559015 020010220158

309-640885492-7

1ª VIA

IMP_FAT_CLIENTE_201910_27_FIC_SÍTIOS_NOVOS_[CAUCAIA]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2020 10:58

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66418234 Prontuário: 17466922
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
 Profissional(is): FERNANDO GOMES BEZERRA RIBEIRO CRM 13378 [1] Nº: 52870994 25/03/2020 às 22:27

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO-ANIMAL COM PRESENÇA DE FRATURA DE FEMUR. ACIDENTE DE GRANDE ENERGIA APRESENTA DOR ABDOMINAL E EM TORAX A INSPIRAÇÃO PROFUNDA RELATA CEFALÉIA ECG 15 CONSCIENTE E ORIENTADO [1]
 CD
 SOLICITO TAC DE ABD, TORAX E CRÂNIO
 ANALGESIA
 REAVALIAÇÃO APOS EXAMES

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO
 Fdlt 27351
 Assinatura



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

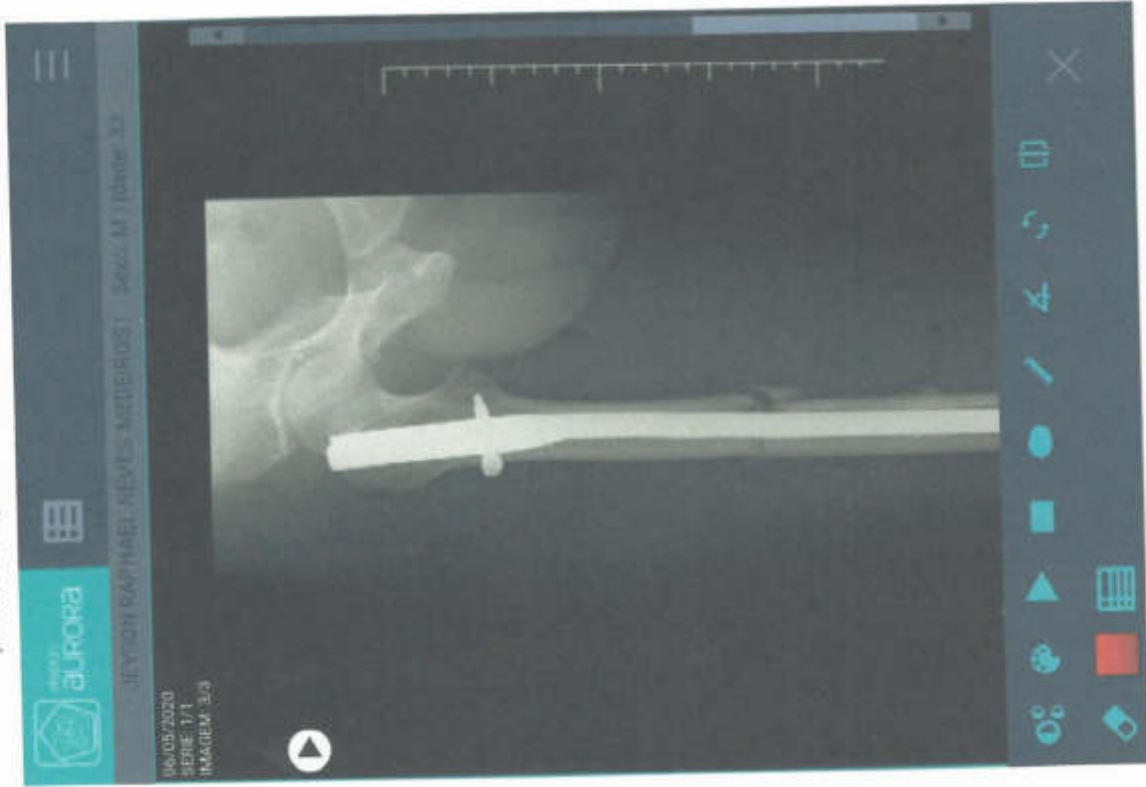
NOME: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 25/03/2020. SOFREU POLITRAUMATISMO: FRATURA DE FEMUR DIREITO, FRATURA DA ESCAPULA ESQUERDA, E FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO. PACIENTE FOI SUBMETIDO A 02 PROGRAMAÇÕES CIRÚRGICAS (OSTEOSSINTESE DO FEMUR DIREITO E DA MÃO DIREITA), E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA EM FRATURA DE ESCAPULA ESQUERDA. REALIZOU TAMBÉM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO PARA REABILITAÇÃO FUNCIONAL DAS FRATURAS. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR RESIDUAL E DÉFICIT DE FORÇA DA COXA DIREITA, COM LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO E DIFICULDADE PARA FAZER ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR DIREITO. APRESENTA AINDA DOR, REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO, E DÉFICIT DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR DA MÃO DIREITA. EM RELAÇÃO AO OMBRO ESQUERDO, PERSISTE COM DOR RESIDUAL, DEFICIT DE FORÇA, E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO. PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 70% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, 70% DA MÃO DIREITA E 65% DO OMBRO ESQUERDO.

DATA 03/07/2020

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
TEOT 12042 - RQE - 5137
CRM 10184

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com



11:05 25°

53%

X  **Pixeon | Aurora | Visualiza...**
pacsmobile.hapvida.net.br-8090



aurora



DETROK PIAPIULX MEYESMEDICOS | Sem M | Data: 20

08/04/2020
SERIE: 1/1
IMAGEM: 1/1



0



10



JEYSON RAPHAEL NEVES MEDeiros | Sexo M | Idade 33

06/05/2020

SERIE: 1/1

IMAGEM: 1/2



E 10



Exame:

RX COXA DIREITA



0042192731

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.

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.

Demais aspectos preservados.

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.

TC DE OMBRO ESQUERDO

Exame realizado em projeção axial e reconstruções multiplanares sem administração de contraste.

- Fratura cominutiva desalinhada do corpo da escápula
- Demais estrutura e densidade ósseas anatómicas.
- Os espaços articulares estão conservados.
- Planos musculogordurosos preservados.

RELATÓRIO:

6642192

Presença de fratura em metacarpo do segundo dedo.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

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

11/01/2

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

26/03/2020 11:05:35

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17436922	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	M	20/11/1986	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
200239142116 SSP CE	60088580342		1-CASADO	
Endereço				
R DO CAMPO 7 SÍTIOS NOVOS CAUCAIA-CE CEP:61695990				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
981398887		MARIA DO SOCORRO MEDEIROS DAS NEVES		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
26/03/2020	10:51		
Médico Atendente	Clínica		
1938509 LEANDRO REBOUÇAS BEZERRA	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
1938509 LEANDRO REBOUÇAS BEZERRA	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	SERVIARM SERVICO DE VIGILANCIA ARMADA LTDA
200239142116	13-NOSSO PLANO - APARTAMENTO -	COLETIVO
Carreira	Validade	
68978001968009017		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133420 SALA CC 02	12

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
45651683	99996666	D59851278	INTERNACAO
45651683	30725127	D59851278	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
45651683	30723086	D59853467	OSTEOTOMIAS / ARTRODESES - TRATAMENTO CIRURGICO
45651683	30732026	D59853466	ENXERTO OSSEO
45651683	30726182	D59853472	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO

☒ RISCO DE QUEDA☐ RISCO DE UPP☒ RISCO DE FLEBITE☐ RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO☐ RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

EN 29

CM 98,29

(Olha na tela da Alta)

NOTA DE SALA

1994576

Atendimento:	66421927	Prontuário:	17466922	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	HAPVIDA
Cirurgia(s):	30725127	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO		Tipo Anestesia:	RAQUE+SEDACAO
	30723086	OSTEOTOMIAS / ARTRODESES - TRATAMENTO CIRURGICO			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 06	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR		Apto.: 133420
Equipe Médica:	CIRURGIAO	29505461	EDILMAR FERREIRA LESSA		CRM 7399
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	2585251	FILIPE SANCHO DE MACEDO		CRM 15158
	ANESTESISTA	3631303	BRUNO CÉSAR SOARES GOMES		CRM 61897

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
84946	AGULHA DESC. DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	5	130863	DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML SOL INJ FRAP AMPL 2 ML	1
27847	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	2	154754	DEXMETOMETAMINA 100MG/2ML INJ FRAP AMPL 1 UD	1
27871	AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	3
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/I - 1 UD	5	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	4	124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	43290	RINGER CILACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	2
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	83941	SUFENTANILA 10MCG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 1 UD	1
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	45233	XYLOCAINA CIAD 2% 20 ML FRAP 20 ML	1
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	6			
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4,5M TUBO 450 CM	100			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1	19	TAXA DE SALA	Início: 14:10 Fim: 16:35
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1	20	OXIGENIO	Início: 14:10 Fim: 16:35
119496	FIO MONONYLON (1163T) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	3	15	BISTURI ELETRICO	Início: 14:00 Fim: 16:30
25895	FIO POLYCOT (SPA45T) - POLYCOT BLUE 0 15 - 1 UD	2	16	MONITORIZACAO	Início: 14:10 Fim: 16:35
32220	FIO J&J VICRYL (J408H) - VICRYL VLT 0 70CM (- 1 UD	2	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 14:10 Fim: 16:35
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	2			
165566	FIO Q-PG130X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8			
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	5			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	6			
140443	HASTE INTRAMEDULAR BLOQ. DE FEMUR C/PARAFUSOS - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	2			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	3			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	6			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200			
130923	PLACA DESCARTAVEL PIBISTURI ADULTO - 1 UD	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	3			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	4			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4			
30961	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANTAK		ROCEFIN 1g	
ADRENALINA amp		RAPIFEN	
ATLANSIL amp 150 mg/ml		SEVORANE	
ATROPINA 0,25 mg/amp		SOLU-CORTEF 500 mg	
BICARBONATO DE SÓDIO amp		SUFENTA ml	01
CLONIDIN 150 mg		TRANSAMIN	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% amp		THIONEMBUTAL 0,5 mg	
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	
CLEXANE 20 mg/amp		TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4 mg FR 2,5 ml	01	TRACRIM 25 mg/amp	
DIAZEPAN 10 mg	01	ULTIVA 2 mg	
DIMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml)		XILOCAÍNA amp S/AD 5 ml 2%	
DIMORF 10 mg		XILOCAÍNA C/A 2% ml	
DIPRIVAN amp 20 ml		XILOCAÍNA PESADA 5% amp	
DIPRIVAN seringa 50 ml PFS		XILOCAÍNA S/A 2% ml	
DIPIRONA amp	02	XILO-GEL	
DRAMIN B6 DL IV			
DOLANTINA amp			
DOPAMINA			
DORMONID 15 mg/amp	01		
DORBUTREX amp			
EFORTIL amp			
ERGOTRATE 0,2 mg/amp			
ESMERON			
FLAGYL 500 mg			
FENTANIL amp			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
FORANE			
HIDROCORTIZONA 500 mg			
HALOTHANO			
HEPARINA			
HYPNOMIDATE 2 mg/ml			
INOVAL amp			
IPSILO 1g			
KEFAZOL fr/ amp	02		
KEFLIN amp	01		
KETALAR ml			
LANEXAT amp			
LASIX amp			
MARCAÍNA C/A 0,5% amp			
MARCAÍNA PESADA amp	01		
MARCAÍNA S/A 0,5% amp			
METHERGIN amp			
NILPERIDOL amp			
NIMBium 10 mg			
NAUSEDRON 8 mg	01		
NARCAN amp			
NAROPIN amp			
NIPRIDE amp			
NORADRENALINA			
NORCURON			
NUBAIN amp			
OMEPRAZOL 400 mg FR			
ORASTINA amp 5 UI/ml			
PAVULON amp			
PLAMET amp			
PLASIL amp			
PROFENID IV	01		
PROSTIGMINE amp 0,5 mg			
QUELGIN 100 mg/ vd			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesiologista - CRM

Assinatura do Anestesiista - CRM

Dr. Bruno César Soares Gomes
Anestesiologista
CREMEC 20293 / RQE 9507

Justificativa Médica

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 16:54

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12	
Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1]		Nº: 52893039	26/03/2020 às 16:34
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S723		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S723		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	26/03/2020		[1]
Hora Da Cirurgia	16:35		[1]
Cirurgia	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FEMUR		[1]
Cirurgião	EDILMAR LESSA		[1]
1º Auxiliar	FILIPPE SANCHO		[1]
Anestesista	BRUNO		[1]
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL EM MESA DE TRAÇÃO SOB EFEITO ANESTÉSICO 2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS OPERATÓRIOS 3. ACESSO LATERAL EM QUADRIL DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS E HEMOSTASIA 4. REALIZADO OSTEOTOMIA DO FEMUR PROXIMAL 5. REALIZADO INTRODUÇÃO DO FIO GUIA APÓS FRESAGEM INTRODUTÓRIA, REDUÇÃO DA FRATURA, E PASSAGEM DO FIO GUIA ATÉ REGIÃO DISTAL DO FEMUR, CONTROLE DE IMAGEM COM INTENSIFICADOR E REALIZADO MEDIÇÃO DO TAMANHO DA HASTE 6. INTRODUÇÃO DE FRESA RÍGIDA E EM SEGUIDA FRESAGENS SEQUENCIAIS COM FRESAS FLEXÍVEIS 7. INTRODUÇÃO DA HASTE DE FEMUR INTRAMEDULAR LONGA 380X10MM PARA FIXAÇÃO DA FRATURA DE FEMUR 8. RETIRADO FIO GUIA 9. FIXAÇÃO DA HASTE COM 1 PARAFUSO DE BLOQUEIO PROXIMAL E 2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL 10. RETIRADO ENXERTO ÓSSEO DA REGIÃO PROXIMAL DO FEMUR E REALIZADO ENXERTIA ÓSSEA NO FOCO DA FRATURA 11. REPARO DO LIGAMENTO FASCIA LATA 11. LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO 12. SUTURA POR PLANOS 13. CURATIVO 14. ENCAMINHADO PARA SRPA		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30725127; 30726182; 30732026; 30723086		[1]



 Dr. Edimar Lessa
 Traumatologia e Ortopedia
 CREMEC 7399 TEOT 10979

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 14:48

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

Profissional(is): MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,
COREN 1317983 [1]
MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA COREN 1317983 [2]

Nº: 52889773 26/03/2020 às 14:41

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	26/03/2020
Hora Da Cirurgia	14:10
Cirurgia	FRATURA DE FEMUR

[1]

[2]

[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	NÃO.
Via Aérea Difícil	NÃO.
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.
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.

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

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.

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

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

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

[2]

SIM.

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 14:48

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

SIM.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

SIM.

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

NÃO SE APLICA.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

SIM.

[2]

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

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

[2]

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:36

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontoário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1] Nº: 53269768 09/04/2020 às 16:31

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S623 [1]
Diagnóstico Cirúrgico S623 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 09/04/2020 [1]
Hora Da Cirurgia 16:31 [1]
Cirurgia OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO 2º METACARPO DIR [1]
Cirurgião EDILMAR LESSA [1]
1º Auxiliar FILIPE SANCHO [1]
Anestesista REISALLA [1]

Descrição Cirúrgica PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA; ASSEPSSIA, ANTISSEPSSIA E CAMPEAMENTO; MINI-INCISÃO EM DORSO DA MÃO DIR; DIÉRESE; HEMOSTASIA; REDUÇÃO DA FRATURA EM 2º METACARPO SOB RADIOSCOPIA POR LIGAMENTOTAXIA; FIXAÇÃO COM 2 FIO K 1,5 MM TRANSÓSSEA SOLIDARIZANDO COM MTCP VIZINHO SOB RADIOSCOPIA; RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DA BASE DO 3º MTCP E ENXERTIA LOCAL NA FRATURA; REPARO LIGAMENTO MTCP-FALANGEANO; SUTURA; CURATIVO; TALA METÁLICA [1]

Códigos Dos Procedimentos 30721237; 30722438; 30732026 [1]


Edimar F. Lessa
Traumatologia-Ortopedia
CREMEC 7399



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO (25/03/2020)

Paciente: **JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS**

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	
Aprazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepse verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações checadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipamentos, 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	
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	X		

Assinatura do enfermeiro _____

Assinatura do enfermeiro Líder _____

Thayana V. Castro Q. Lima
CRN-CE 11.171.256

ANTONIO PRUDENTE

EXERCÍCIO: 2020

Emissão: 26/03/2020 13:59

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS		Dt. Nasc. 20/11/1986		Atendimento: 66421927	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 26311737		Prontuário: 7466922	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR		Leito: 13342012		Peso: 70,00 kg	
Profissional: CRM-7399		EDILMAR FERREIRA LESSA			

RP1541

EDILMAR FERREIRA LESSA

IP: 192.85.4.101

26/03/2020 13:59

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
 Dt. Nasc.: 20/11/1986
 Nº Prescrição: 0026311737
 Leito: 3332042
 Atendimento: 66421927
 26/03/2020 às 13:55
 Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17466922

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAZERO / ZERO

Prescritor: CRM-7399

2. DIETALÍQUIDA-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA 3/3h ORAL

Prescritor: CRM-7399

INICIAR 6H APÓS
CIRURGIA.

3. Hidratação Venosa 4 Fases Vol. Total: 500 ml 40.00 gts/minAcesso Periférico

SORO GLUCOSADO 5% 500ml

Prescritor: CRM-7399

4. Hidratação Venosa 2 Fases VIG: 1.7 Vol. Total: 500 ml 40.00 gts/minAcesso Periférico

SORO GLUCOFISIOLÓGICO 1:1 500ml

Prescritor: CRM-7399

5. KEFAZOL (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV

Agua Destilada 18ml

27/03 - 00:00

Prescritor: CRM-7399

6. OMEPRAZOL (40.00mg) 40mg 1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV

Agua Destilada 18ml

27/03 - 05:59

Prescritor: CRM-7399

7. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV

Agua Destilada 18ml

SN

Prescritor: CRM-7399

8. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100ml

se dor intensa

SN

Alta vigilância

Prescritor: CRM-7399

9.

WAINESSA VASCONCELOS MARTINS
 COORDENADORA DE ENFERMAGEM
 CRP 00000000000000000000

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão 26/03/2020 21:09

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

DT. Nasc.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 0026311737
Leito: 133420/12
Atendimento: 66421927
26/03/2020 às 13:56
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17465922

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) Água Destilada	1mg	2ML (AMP. C/ 500MG) 18 ml	6/6h	EV	SN	
Prescritor: CRM-7399						
10. CETOPROFENO IV (100.00mg) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 100 ml	12/12h	EV	60.00 gts/min em	27/03 - 05:59 30min
Prescritor: CRM-7399						
11. CLEXANE (40.00mg/ml) Alta vigilância	40 mg	0.4 ML (SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	SN	
Prescritor: CRM-7399						
12. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL					SN	
Prescritor: CRM-7399						
O2	2	L/min				
Prescritor: CRM-7399						
13. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					SN	
Prescritor: CRM-7399						
14. PUNCAO C/ JELCO					SN	
Prescritor: CRM-7399						
15. BALANCO HIDRICO						
Prescritor: CRM-7399						
16. SINAIS VITAIS						
Prescritor: CRM-7399						
17. MONITOR CARDIACO						
Prescritor: CRM-7399						
18. OXIMETRO DE PULSO						
Prescritor: CRM-7399						
19. ROTINAS UTI RECUPERACAO						
Prescritor: CRM-7399						
20. RETIRADA DE DRENO DE					SN	
IPASSBATHOCRM-7399						

Wanessa Vasconcelos Martins
CRM-7399 - 525.527-5/DF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 29/03/2020 21:09

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 0026311737
Leito: 133420/12
Atendimento: 66421927
26/03/2020 às 13:56
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17468922

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

21. CURATIVO COM ATADURA E GAE

~~Prescrição para o SNO~~

22. COMPRESSÃO COM ÉTER

Prescritor: CRM-7399

SN

Profissionais: CRM-7399

EDILMAR FERREIRA LESSA

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

ENTEROFIX _____ Ass.

☐ Indica item checado.

Wanessa Vasconcelos Martins
CRM-7399

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 26/03/2020 21:09

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDeiros
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Atendimento: 66421927
Nº Prescrição: 0026311737
Leito: 133420/12
Atendimento: 26/03/2020 às 13:56
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17466922

SAISTOS

Descrição	Qtd	Descrição	Qtd	Descrição	Qtd	Descrição	Qtd
-----------	-----	-----------	-----	-----------	-----	-----------	-----

Wanessa Vasconcelos Martins
CRM: 325.521-FMS

RP1331

WANESSA VASCONCELOS MARTINS 26/03/2020 21:09

IP: 10.1.32.208

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26314927	27/03/2020 às 00:36	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: WANESSA VASCONCELOS MARTINS (COREN 525527)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NIVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
PADRAO RESPIRATORIO	Manhã	Tarde	Noite
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANTER			
INTEGRIDADE FISICA E MENTAL	Mantido		
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Wanessa Vasconcelos Martins
COREN 525527

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26310124	26/03/2020 às 11:06	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: GIZELE BEZERRA MOREIRA DE QUEIROZ (COREN 343238)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
6 - OFERECER			
APOIO PSICOLÓGICO	Mantido		
PAPAGAIO / APARADEIRA	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Gizele B. Morette
Gizele B. Morette
COREN 343238 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26310124	26/03/2020 às 11:06	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: GIZELE BEZERRA MOREIRA DE QUEIROZ (COREN 343238)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
6 - OFERECER			
APOIO PSICOLÓGICO	Mantido		
PAPAGAIO / APARADEIRA	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sayuri Nunes
COREN-CE 599.266 - ENF


Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26314925	27/03/2020 às 00:34	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1	Enfermeiro(a): WANESSA VASCONCELOS MARTIN	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades
Laterais Levantadas

Mantido:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido:

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Manhã Tarde Noite

5 - DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO P/HIGIENE CORPORAL, ORAL, VESTIR-SE

Relacionado a: DOR OU DESCONFORTO

ORIENTAR HIGIENE CORPORAL/ORAL/INTIMA

Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido:

Wanessa Vasconcelos Martins
Enfermeira
CPF: 235.507.498

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26309920	26/03/2020 às 11:04	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12	Enfermeiro(a): GIZELE BEZERRA MOREIRA DE QU	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

BANHO PRÉ OPERATORIO

Mantido:


GIZELE BEZERRA
COREN-CE 343.236 - ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26313139	26/03/2020 às 17:58	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12	Enfermeiro(a):	SAYURI NUNES
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO			
Profissionais:			

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
-----------------------------	----------

12 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: SEDATIVOS

Orientar Sobre Risco De Queda Relacionado Ao Uso De Medicamentos	Mantido:
Movimentar O Paciente De Forma Segura	Mantido:
MANTER GRADES LATERAIS ELEVADAS	Mantido:

15 - RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

Relacionado a: Imobilização Física

Manter A Pele Seca	Mantido:
--------------------	----------

Sayuri Nunes
COREN-CE 599.266 - ENF.


EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 17:56

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

Profissional(is): SAYURI NUNES, ENFERMEIRO(A), COREN 599266 [1]

Nº: 52895191 26/03/2020 às 17:53

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE ADMITIDO NA RPA ÀS 16:40 NO POI POR CIRURGIA DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO REALIZADA PELO DR EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXAS, SEM ALERGIA, SEM COMORBIDADE, AVP EM MSD PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICA, PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO NO MSE. AFERIDO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sayuri Nunes
COREN-CE 599.266 - ENF.



2013
11/05/2013

PRESCRIÇÃO V3C

Página 1 de 2

Paciente: JEVSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
 Convênio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 18
 1. DIETA: ZERO / ZERO

Dr. Nasr, 20/11/1986
 N° Prescrição: 26311742
 Leito: 10251

27/03/2020 às 06:00
 Atendimento: 66421927
 Pronúncia: 17466922
 Peso: 70.00 kg

27/03/2020 10:43

2. DIETA: LÍQUIDA-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA	33h	ORAL	INICIAR 6H APÓS CIRURGIA	CRM-13798
3. Hidratação Venosa SORO GLUCOSADO 5%	4 Fases	Vol Total: 500 ml	40.00 gts/min	CRM-13798
4. Hidratação Venosa SORO GLUCOFISIOLÓGICO 1:1	2 Fases	VIG: 1:7 Vol Total: 500 ml	40.00 gts/min	CRM-13798
5. KEFAZOL (1.00g)		1g 1 FRAP (FRAP C/1GR) 18 ml	88h EV	CRM-13798
6. OMEPRAZOL (40.00mg)		40mg 1 FRAP (FRAP C/40MG) 18 ml	24/24h EV	CRM-13798
7. PLAMET (5.00mg/ml)		10mg 2 ML (AMPL C/10MG) 18 ml	88h EV	CRM-13798
8. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg 2 ML (AMPL C/100MG) 100 ml	88h EV	CRM-13798
Alta vigilância			se dor intensa	
9. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)		1mg 2 ML (AMPL C/500MG) 18 ml	66h EV	CRM-13798
10. CETORFENO IV (100.00mg)		100mg 1 FRAP (FRAP C/100MG) 100 ml	12/12h EV	CRM-13798
11. CLEXANE (40.00mg/ml)		40mg 0.4 ML (SERI C/40MG) 24/24h	SC	CRM-13798
Alta vigilância				
12. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL				CRM-13798
O2		2 L/min		CRM-13798
13. SONDAGEM VESICAL DE ALIVO				CRM-13798
14. PUNÇÃO C/ JELCO				CRM-13798
15. BALANÇO HÍDRICO				CRM-13798
16. SINAIS VITAIS				CRM-13798
17. MONITOR CARDÍACO				CRM-13798
18. OXÍMETRO DE PULSO				CRM-13798
19. ROTINAS UTI RECUPERAÇÃO				CRM-13798
20. RETIRADA DE DRENO DE PORTO VAC				CRM-13798
21. CURATIVO COM ATADURA E GAE ACOCHOADA GRAND				CRM-13798
22. COMPRESSÃO COM ETER				CRM-13798

RP1541

Dr. Pedro Barreira
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM-13798

PEDRO BARREIRA GABRAL

IP: 192.85.4.101

27/03/2020 10:43

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 4

Paciente: JEVSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

DI. Nasç.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 0026311742
Leito: 1025/1

Atendimento: 66421927
27/03/2020 às 06:00
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17466922

Emissão: 27/03/2020 11:15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1 mg	2 ML (AMP 500MG)	6/6h	EV	SN	
Agua Destilada		18ml				
Prescritor: CRM-13798						
10. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV		
Soro Fisidlogico 0,9%		100ml				
Prescritor: CRM-13798						
11. CLEXANE (40.00mg/ml)	40mg	0.4ML (SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	SN	1769 : 28/03-05:59
Alta vigilancia						
Prescritor: CRM-13798						
12. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL					SN	
Prescritor: CRM-13798						
13. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	2 L/min				SN	
Prescritor: CRM-13798						
14. PUNCAO C/ JELCO					SN	
Prescritor: CRM-13798						
15. BALANCO HIDRICO						
Prescritor: CRM-13798						
16. SINAIS VITAIS						
Prescritor: CRM-13798						
17. MONITOR CARDIACO						
Prescritor: CRM-13798						
18. OXIMETRO DE PULSO						
Prescritor: CRM-13798						
19. ROTINAS UTI RECUPERACAO						
Prescritor: CRM-13798						
20. RETIRADA DE DRENO DE					SN	
Prescritor: CRM-13798						

Jordana Brilo
27/03/2020 11:15

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 4

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Nº Prescrição: 0026311742

Leito: 1025/1

Atendimento: 66421927

27/03/2020 às 06:00

Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17456922

Emissão 27/03/2020 11:15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

21 - CURATIVO COM ATADURA E GAE
Prescritor: CRM-13798

14:00 :

22 - COMPRESSÃO COM ÉTER
Prescritor: CRM-13798

SN

Profissionais: CRM-13798

PEDRO BARREIRA CABRAL

Reservado para o SNED

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dr. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0026311742	27/03/2020 às 06:00	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1	Peso: 70.00 kg	

Emissão 27/03/2020 11:15

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
KEFAZOL							
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6						
SERINGA DE SCARTAVEL 20ML SERI 20 ML	2						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPOL 20 ML	2						
ALCOOL 70% TORICO FRAS 1000 ML	20						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
KETAZOL FRAP 1 UD	2						
CETOPROFENO IV							
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 ML	1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
SERINGA DESCARTAVEL 65 ML SERI 5 ML	1						
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
HV Vol Total: 500.00 Vig: 1.70							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
SORO GLUCOSADO 5% 500ML TUBO 500 ML	2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
SORO GLUCOFISIOLOGIC 1% 500ML TUBO 500 ML	1						
TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1						
TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	2						

PP-SCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 27/03/2020 19:42

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1985
Nº Prescrição: 0026311742
Leito: 1025/1

Atendimento: 66421927
27/03/2020 às 06:00
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17466922

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

14:00 ;

21. CURATIVO COM ATADURA E GAE
~~FRANCISCO THALES ANDRADE MESQUITA~~

SN

22. COMPRESSÃO COM ÉTER
Prescritor: CRM-13798

2 mg

2 ML

(AMPOL C/ 1MG)

4/4h

EV

12:00

; 16:00

; 20:00

; 28/03 - 00:00

; ;

23. MORFINA AMPOLA (0.02mg/ml)

9.5ml

28/03 - 04:00

; ;

Água Destilada

Alta vigilância

Prescritor: CRM-16854

FRANCISCO THALES ANDRADE MESQUITA

Profissionais: CRM-16854

PEDRO BARREIRA CABRAL

CRM-13798

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Reservado para o SMD

ENTEROFIX

Ass.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26322640	28/03/2020 às 00:48	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARCIANA ALMEIDA DA COSTA (COREN 436988)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	08:00	12:00 18:00
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	00:00		
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26322639	28/03/2020 às 00:47	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1	Enfermeiro(a): MARCIANA ALMEIDA DA COSTA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite
----------------------------	-------	-------	-------

7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: DÉFICIT MOTOR

MANTER LEITO E GRADES LATERAIS ELEVADAS	00:00
---	-------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã	Tarde	Noite
-----------------------------	-------	-------	-------

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/03/2020 11:16

Paciente:	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.:	20/11/1986	Atendimento:	66421927	Prontuário:	17466922
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO 1B	Leito:	1025/1		
Profissional(is):	ANTONIA JORDANA FELIPE GOMES DE BRITO, ENFERMEIRO(A). COREN			Nº:	52912887	27/03/2020	às 11:16
	532219 [1]						

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

[1]

PACIENTE J.R.N.M., 33 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO POSTO 1B PROVENIENTE DA RPA, COM HD: 1º PO FRATURA DE FÊMUR DIREITO REALIZADA PELO DR EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO.

ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO AO LEITO. SEM QUEIXAS NO PERÍODO, SEM ALERGIA, SEM CORMOBIDADE. SSVV ESTÁVEIS. DIETA VO, BEM ACEITA. AVP EM MSD PERVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICA, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Jordana Brito
COREN 52912887 - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 28/03/2020 13:32

Paciente: JESYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convênio: HAPIIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 0026317842
Leitor: 10254
Atendimento: 66421927
28/03/2020 às 06:00
3008
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17466922

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA ZERO / ZERO

Prescritor: CRM-16854

2. DIETA LÍQUIDA-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

3/3h ORAL

Prescritor: CRM-16854

INICIAR 6H APÓS
CIRURGIA

3. Hidratação Venosa

4 Fases

Vol. Total:

500 ml 40,00 gts/min Acesso Periférico

11:59 NÃO NECESSÁRIO NESSE HORÁRIO 17:59 ;

SORO GLICOSADO 5%

500 ml

23:59 ; 29/03 - 05:59 ;

4. Hidratação Venosa

2 Fases

Vol. Total:

500 ml 40,00 gts/min Acesso Periférico

12:00 NÃO NECESSÁRIO NESSE HORÁRIO 16:00 ;

SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1

500 ml

16:00 ; 29/03 - 00:00 ;

5. KEFAZOL (100g)

(01/2)

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR)

8/8h

EV

16:00 ; 29/03 - 00:00 ;

Água Destilada

18ml

Prescritor: CRM-16854

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

40mg

1 FRAP (FRAP C/ 40MG)

24/24h

EV

29/03 - 05:59 ;

Água Destilada

18ml

Prescritor: CRM-16854

7. PLAMET (5.00mg/ml)

10mg

2ML (AMPOL C/ 10MG)

8/8h

EV

SN

Água Destilada

18ml

Prescritor: CRM-16854

8. TRAMADOL (50.00mg/ml)

100mg

2ML (AMPOL C/ 100MG)

8/8h

EV

SN

Soro Fisiológico 0,9%

100ml

se dor intensa

Alta vigilância

Prescritor: CRM-16854

9.

Receita Médica
Número 10254
Data 28/03/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEVSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dr. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
 Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026317842 28/03/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 1B Leito: 1025/1 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS	
MOREINA AMPOLA (0.02mg/ml)	2 mg	2ML (AMPL C/ 1MG)	4/4h	EV		06:00	12:00
Agua Destilada	9.5ml					29/03-00:00	29/03-04:00
Alta vigilância						03:00	09:00
Prescritor: CRM-16854							
10-DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1 mg	2ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	SN		
Agua Destilada	18ml						
Prescritor: CRM-16854							
11-CETOPROFENO IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV		17:59	29/03-05:59
Soro Fisilogico 0.9%	100ml				60.00 gts/min em		
Prescritor: CRM-16854						30mln	
12-CLEXANE (40.00mg/ml)	40 mg	0.4ML (SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	SN		
Alta vigilância							
Prescritor: CRM-16854							
13-O2 LIMIDO C/ CATETER NASAL					SN		
Prescritor: CRM-16854							
O2						2 L/min	
Prescritor: CRM-16854							
14-SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					SN		
Prescritor: CRM-16854							
15-PUNCAO C/ JELCO					SN		
Prescritor: CRM-16854							
16-BALANCO HIDRICO							
Prescritor: CRM-16854							
17-SINAIS VITAIS							
Prescritor: CRM-16854							
18-MONITOR CARDIACO						19:00	
Prescritor: CRM-16854							
19-OXIMETRO DE PULSO						19:00	
Prescritor: CRM-16854							



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 4
Emissão: 28/03/2020 13:32

Paciente: JEVSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B
DL Nasc.: 20/11/1986
Atendimento: 66421927
Prontuário: 17466922
Nº Prescrição: 0026317842
28/03/2020 às 06:00
Peso: 70.00 kg
Leito: 1025/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

20. ROTINAS UTI RECUPERACAO Prescritor: CRM-16854	SN	
21. RETIRADA DE DRENO DE PROSTATA Prescritor: CRM-16854	SN	14:00
22. CURATIVO COM ATADURA E GAE ARRESTO ALTRACRISTAL Prescritor: CRM-16854	SN	
23. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-16854	SN	
24. TIPO VELPEAU Prescritor: CRM-16854	1	24/24h

Profissionais: CRM-16854

FRANCISCO THALES ANDRADE MESQUITA

Reservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

Amanda Maria Martins Marques
CRM-16854

RP-1531

AMANDA MARIA MARTINS MARQUES R/28/03/2020 13:32

RP-152.05.4.101

Amanda Maria Martins Marques
Enfermeira
COREN-CB: 437400



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 4 de 4
Emissão 28/03/2020 13:32

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 0026317842
Leito: 1025/1
Atendimento: 66421927
28/03/2020 às 06:00
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17466922

GASTOS

Quantidade	Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade	Descrição
MORFINA AMPOLA							
8	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD				
20	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA				
8	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR				
4	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD						
4	MORFINA 2MG/2ML INJ. AMPL. AMPL. 2 ML						
4	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML						
4	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML. AMPL. 10 ML						
KEFAZOL							
2	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML						
2	AGUA DESTILADA 20 ML 20 ML. AMPL. 20 ML						
20	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML						
6	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA						
8	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR						
2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD						
2	KEFAZOL FRAP 1 UD						
CETOPROFENO IV							
4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR						
1	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD						
3	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA						
1	SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 1						
1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD						
1	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML						
1	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 U 1						
10	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML						
HV Vol Total: 500.00 Vig: 1.70							
5	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML						
2	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD						
1	SORO Glicosilologico 1:1 500ML TUBO AC 1						
2	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 U 2						
10	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML						
4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR						
1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML						
1	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD						
1	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 U 1						
1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA						
2	SORO Glicosilologico 5% 500ML TUBO 500 ML						

REF1531

AMANDA MARIA MARTINS MARQUES RI 28/03/2020 13:32

RP: 192.85.4.101

Amanda Maria Martins Marques Ribeiro
Enfermeira
CRP: 437400

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/03/2020 10:20

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

Leito: 1025/1

Profissional(is): AMANDA MARIA MARTINS MARQUES RIBEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 437400 [1] Nº: 52938467 28/03/2020 às 10:17

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

[1]

PACIENTE J.R.N.M., 33 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO POSTO 1B PROVENIENTE DA RPA HD: 2º PO FRATURA DE FÊMUR DIREITO REALIZADA PELO DR EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO.

ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO AO LETO. REFERE ALGIA, SEM ALERGIA, SEM CORMOBIDADE, SSVV ESTÁVEIS, DIETA VO, BEM ACEITA, AVP EM MSD PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICA. AGUARDA TC DE ARTICULAÇÕES E COLOCAÇÃO DE TIPOI TIPO VELPEAUEM CLAVICULA. SEGUIE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AValiação de DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

AValiação de RISCO

Flebite

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

AMANDA MARIA MARTINS MARQUES RIBEIRO
ENFERMEIRO(A)
COREN 437400

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
 Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026330679 29/03/2020 às 07:48
 Posto: POSTO 2A - HAPFOR Leito: 2008/1 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA ZERO / ZERO

Prescritor: CRM-13339

2. DIETA GERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA 24/24h ORAL

Prescritor: CRM-13339

INICIAR 6H APÓS
CIRURGIA.

3. Hidratação 4 Fases Vol. Total: 500 ml 40.00 gts/min Acesso Periférico

SORO GLICOSADO 5% 500ml
 Prescritor: CRM-13339

4. Hidratação 2 Fases VIG: 1.7 Vol. Total: 500 ml 40.00 gts/min Acesso Periférico

SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1 500ml
 Prescritor: CRM-13339

5. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100 mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV 60.00 gts/min em
 Soro Fisiológico 0.9% 100ml

Prescritor: CRM-13339

6. OMEPRAZOL (40.00mg) 40 mg 1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV 30.00 gts/min em
 Água Destilada 18ml

Prescritor: CRM-13339

7. PLAMET (5.00mg/ml) 10 mg 2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV SN
 Água Destilada 18ml

Prescritor: CRM-13339

8. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100 mg 2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV SN
 Soro Fisiológico 0.9% 100ml

Alta vigilância
 Prescritor: CRM-13339

9.

KEVERSSON ROCHA XAVIER
 COREN-DE 593.790 ENF

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
Convenio: HAPIVA Nº Prescrição: 0026330679 29/03/2020 às 07:48
Posto: POSTO 2A - HAPFOR Leito: 2008/1 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS			
MORFINA AMPOLA (0.02mg/ml) Água Destilada	2mg	2 ML (AMPOL C/ 1MG)	4/4h	EV	4+30	15:00	19:00
Alta vigilância Prescritor: CRM-13339						23:00	05:00
10. CLEXANE (40.00mg/ml)	40 mg	0.4 ML (SERI C/ 40MG)	24/24h	SC			
Alta vigilância Prescritor: CRM-13339							
11. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) Água Destilada	1 mg	2 ML (AMPOL C/ 500MG)	6/6h	EV			
Prescritor: CRM-13339							
12. TIPO VELPEAU	1		24/24h				
Prescritor: CRM-13339							
13. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL							
Prescritor: CRM-13339							
O2	2 L/min						
Prescritor: CRM-13339							
14. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO							
Prescritor: CRM-13339							
15. PUNCAO C/ JELCO							
Prescritor: CRM-13339							
16. BALANCO HIDRICO							
Prescritor: CRM-13339							
17. SINAIS VITAIS							
Prescritor: CRM-13339							
18. MONITOR CARDIACO							
Prescritor: CRM-13339							
19. OXIMETRO DE PULSO							
Prescritor: CRM-13339							
20. ROTINAS UTI RECUPERACAO							

KEVERSSON ROCHA XAVIER
GORENCE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
 Convento: HAPVIDA
 Posto: POSTO 2A - HAPFOR

Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
 Nº Prescrição: 0026330679 29/03/2020 às 07:48
 Leito: 2008/1 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-13339

21. RETIRADA DE DRENO DE

SN

~~Prescritor: CRM-13339~~

22. CURATIVO COM ATADURA E GAE

~~Prescritor: CRM-13339~~

23. COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

Prescritor: CRM-13339

Profissionais: CRM-13339

LUCAS ROCHA

Reservado para o SMD

Legenda horário: ☐ Indica item não administrado.

ENTEROFIX

Ass.

☐ Indica item checado.

KEVERSSON ROCHA XAVIER
 CRM-13339-553.190 ENT
 COPIA



ANTONIO
PAZUENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 29/03/2020 12:42

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0026330679	29/03/2020 às 07:48	
Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	Peso: - 70.00 kg	

GASTOS

Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.
-----------	-------	-----------	-------	-----------	-------

MORFINA AMPOLA

ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	16
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	8
MORFINA 2MG/2ML INJ. AMPL. AMPL 2 ML	3
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3
AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	3

CETOPROFENO IV

ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 ML	1
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1

RP1531

KEYERSSON ROCHA XAVIER

29/03/2020 12:42

IP: 192.85.4.101

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26330307	29/03/2020 às 06:09	
Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: LEILIANE SUMAIA AVILA DA SILVA (COREN 414678)			
1 - OBSERVAR			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Nível de Consciência	Mantido		
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Mantido		
TGI	Mantido		
TGU	Mantido		
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Mantido		
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
29/03/2020 06:09

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26330281	29/03/2020 às 06:07	
Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	Enfermeiro(a): LEILIANE SUMAIA AVILA DA SILVA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO			

Profissionais:

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido:

9 - DOR AGUDA/CRÔNICA

Relacionado a: REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR

REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR

Mantido:

10 - PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR OU DESCONFORTO

PROPORCIONAR CONFORTO E PRIVACIDADE

Mantido:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

29/03/2020 08:55

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	

Profissional(is): KEVERSSON ROCHA XAVIER, ENFERMEIRO(A), COREN 931332 [1]	Nº: 52960247	29/03/2020 às 08:53
--	---------------------	----------------------------

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

[1]

PACIENTE J.R.N.M., 33 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO POSTO 1B PROVENIENTE DA RPA
 HD: 2º PO FRATURA DE FÊMUR DIREITO REALIZADA PELO DR EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO.

ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO AO LEITO. REFERE ALGIA, SEM ALERGIA, SEM CORMOBIDADE. SSVV ESTÁVEIS. DIETA VO, BEM ACEITA. AVP EM MSD PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICA. AGUARDA TC DE ARTICULAÇÕES E COLOCAÇÃO DE TIPOI TIPO VELPEAUEM CLAVICULA . SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

AValiação DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 2
Emissão: 30/03/2020 08:42

Paciente: JLEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2A - HAPFOR

Ot. Naac. 20/11/1986
Nº Prescrição: 26330731
Leito: 20081

Atendimento: 66421927
Prontuário: 37466922
Peso: 70,00 kg

1. DIETA: ZERO / ZERO										CRM-13798
2. DIETA: GERAL-ADULTO PARA POS-CIRURGIA	24/24h	ORAL						INICIAR 6H APÓS CIRURGIA.		CRM-13798
3. Hidratação Venosa	4 Fases	Vol Total:	500 ml					40,00 g/s/min		CRM-13798
SORO GLUCOSADO 5%			500 ml							
4. Hidratação Venosa	2 Fases	VIG: 1,7	Vol Total:	500 ml				40,00 g/s/min		CRM-13798
SORO GLUCOFISIOLÓGICO 1,1			500 ml							
5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)		1mg	2 ML	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV			SN	CRM-13798
	Água Destilada		18 ml							
6. OMEPRAZOL (40,00mg)		40mg	1 FRAP	(FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV				CRM-13798
	Água Destilada		18 ml							
7. PLAMET (5,00mg/ml)		10mg	2 ML	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV			SN	CRM-13798
	Água Destilada		18 ml							
8. TRAMADOL (50,00mg/ml)		100mg	2 ML	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV			SN	CRM-13798
	Soro Fisiológico 0,9%		100 ml						se dor intensa	
Alta vigilância										CRM-13798
9. MORFINA AMPOLA (0,02mg/ml)		2mg	2 ML	(AMPL C/ 1MG)	4/4h	EV				CRM-13798
	Água Destilada		9,5 ml							
Alta vigilância										
10. CEIOPROFENO IV (100,00mg)		100mg	1 FRAP	(FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV				CRM-13798
	Soro Fisiológico 0,9%		100 ml						60,00 g/s/min em 30min	
11. CLEXANE (40,00mg/ml)		40mg	0,4 ML	(SERI C/ 40MG)	24/24h	SC			SN	CRM-13798
Alta vigilância										CRM-13798
12. TIPO VELPEAU		1			24/24h					CRM-13798
13. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL										CRM-13798
	O2		2	Litro						CRM-13798
14. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO										CRM-13798
15. PUNÇÃO C/ JETCO										CRM-13798
16. BALANÇO HÍDRICO										CRM-13798
17. SINAIS VITAIS										CRM-13798
18. MONITOR CARDÍACO										CRM-13798
19. OXÍMETRO DE PULSO										CRM-13798
20. ROTINAS UTI RECUPERAÇÃO										CRM-13798
21. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC									SN	CRM-13798
22.										CRM-13798

Dr. Pedro Barreira
CRM-13798
Cirurgia e Traumatologia
CREMEC 13798 TEOT 15606

RP1541

PEDRO BARREIRA CABRAL

IP: 192.85.4.101

30/03/2020 08:42



ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 2 de 2
Emissão: 30/03/2020 08:42

Paciente: JLEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc. 20/11/1986	Atendimento: 66421927
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26330731	Prontuário: 17466922
Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	Peso: 70,00 kg
CURATIVO COM ATADURA E GAE ACOCHOADA GRAND		
23. COMPRESSÃO COMETER	SN	CRM-13798
25. Alta em: 30/03/2020	ALTA MELHORADO	
Alta dada por: PEDRO BARREIRA CABRAL		
Profissionais: CRM-13798	PEDRO BARREIRA CABRAL	

Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-13798 TEOT 15605

RP1541

PEDRO BARREIRA CABRAL

IP: 192.85.4.101

30/03/2020 08:42

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

30/03/2020 10:29

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	
Profissional(is): AMANDA MARIA MARTINS MARQUES RIBEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 437400 [1]	Nº: 52986342	30/03/2020	às 10:25

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

<p>Evolução de enfermagem</p>	<p>PACIENTE J.R.N.M., 33 ANOS, SEXO MASCULINO. ADMITIDO NO POSTO 1B PROVENIENTE DA RPA.</p> <p>HD: 2º PO FRATURA DE FÊMUR DIREITO REALIZADA PELO DR EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO.</p> <p>ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO AO LEITO. REFERE ALGIA, SEM ALERGIA, SEM CORMOBIDADE. SSVV ESTÁVEIS. DIETA VO, BEM ACEITA. AVP EM MSD PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICO. APOS AVALIAÇÃO MEDICA EVOLUI COM ALTA HOSPITALAR.</p> <p>SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.</p>	[1]
ALERGIAS		
Alergias	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE DOR		
Dor (0 A 10)	0	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Flebite	Sim	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Amanda Maria Martins Marques Ribeiro
 Enfermeira
 COREN-CE 437400

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 16:58

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/12

Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1] Nº: 52893644 26/03/2020 às 16:56

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO
FEMUR DIREITO. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITAIS DENTRO
DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA.

[1]

CID 10

S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

[1]


Dr. Edimar Lessa
Traumatologia e Ortopedia
CRM 7399 1201 10370

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/03/2020 10:42

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1	
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL, MÉDICO, CRM 13798 [1]		Nº: 52911663	27/03/2020 às 10:41

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolution Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO FEMUR DIREITO. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITAIS DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. RELATA DOR NA CLAVICULA ESQUERDO E MAO DIREITA. CD: SOLCITIO EXAMES DE IMAGEM E AVALIAÇÃO DE FRATURA DA MAO	[1]
CID 10	R100 ABDOME AGUDO	[1]



Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CREMEC 13798 TEOT 15605

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/03/2020 07:45

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1	
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL MEDICO CRM 13798 [1]			
Nº: 52934643 28/03/2020 às 07:40			

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO FEMUR DIREITO. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITAIS DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. RELATA DOR NA CLAVÍCULA ESQUERDA E MÃO DIREITA. PACIENTE COM FRATURA DE ESCÁPULA. CD: DISCUTIR CIRURGIA COM ESPECIALISTA	[1]
CID 10	R100 ABDOME AGUDO	[1]


Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 13798 RBO-15605

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

31/03/2020 08:56

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2A - HAPFOR

Leito: 2008/1

Profissional(is): LUCAS ROCHA, MÉDICO, CRM 13339 [1]

Nº: 52959159 29/03/2020 às 07:44

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

D2 PO osteossíntese de fêmur

[1]

Relata leve dor em MID; Mobilização passiva indolor
Relata dor intensa em MSE devido a fraura de escápula
Exame neurológico normalCd: aguardo avaliação da TC; aguardo definição de tratamento cirúrgico
ou conservado da fratura de metacarpo em mão direita; segue internado

CID 10

S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

[1]

Paulo Roberto de Jesus
CIC 14240

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

30/03/2020 08:37

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 2A - HAPFOR Leito: 2008/1

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL, MÉDICO, CRM 13798 [1] Nº: 52982720 30/03/2020 às 08:35

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

D4 PO osteossíntese de fêmur
FX DE ESCAPULA A ESQUERDA - CONSERVADOR (ORIENTADO
POR DR DEGINALDO)
FX DO 2o META MAO DIREITA - CONSERVADOR (ORIENTADO DR
JOAO MAMEDE)
QUEIXA DE DOR LEVE
CD: ALTA + ANALGESIA

[1]

CID 10

S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

[1]

Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CREMEC 13798 TEOT 15605

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Nome do Paciente: JEVSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	
Data de Nascimento: 00/11/1986	Data de Internação: 25/03/2020

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, _____, inscrito no CPF sob o N° _____, 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): _____ 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: Dr. S. B. B. RG: _____

Data de Nascimento: 13/12/1988 Grau de Parentesco: Esposa

Fortaleza, 26 de Março de 20 20.

Dr. S. B. B.
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, EDILMAR F. LEISA, CRM N° 7399, 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, 26 de Março de 20 20.

Edilmar F. Leisa
Assinatura/ Carimbo do Médico

Nome completo: **JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS** Data de nascimento: **26 / 03 / 20** Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: **23 / 03 2020** Hora: _____ Unidade de origem: **EMG**
 Responsável pelo transporte: (☒) Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência:							
Diagnóstico(s):							
Sinais Vitais: PA	mmHg	FC:	bpm:	FR:	rpm:	T:	°C
SpO2	%	Escore de dor					
Medicamentos em uso							
Riscos gerenciados	() Não se aplica	(<input checked="" type="checkbox"/>) Flebite	() TEV	() LPP	() Queda	() Outros:	
Protocolos gerenciados	() Não se aplica	() Sepsis	() Dor torácica	() Outros:			
Suporte de oxigênio	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() Sim	() Cateter l/min	() Nebulização l/min	() Ventilação mecânica		
Acessos vasculares	() Não	() Sim	() CVC	(<input checked="" type="checkbox"/>) CVP	() PICC	() Port a cath	() Outros
Sondas, drenos, ostomias	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() Sim	Qual?:				
Outros dispositivos	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() Sim	Qual?:				
Lesão de pele	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() Sim	Local:	Estágio:			
Curativos	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() Sim	Qual produto?:				
Precaução	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() Sim	() Contato	() Aerossóis	() Gotículas		
Monitorização	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() Sim	Qual?:				
Nível de consciência	(<input checked="" type="checkbox"/>) Consciente	() Confuso	() Sonolento	() Comatoso			
Locomoção	(<input checked="" type="checkbox"/>) Deambula sem auxílio	() Deambula com auxílio	() Acamado				
Transporte utilizado	() Cadeira de rodas	(<input checked="" type="checkbox"/>) Maca	() Incubadora de transporte				

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() Sim	() HAS	() DM	() AVC	() DPOC	() Outros
Alergias	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() Sim	Qual?:				
Procedimentos realizados	(<input checked="" type="checkbox"/>) 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 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim Qual(is)?:
		Orientar quanto a cuidados com curativos e FO.

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



Fez bem pra você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF: JEYSON RAPHAEL Data de Nascimento: 20/11/1986

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual será 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 Sedação + raqui ou a seguinte alternativa anestésica _____

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

26 de Março de 20 20

Hora: 11:50

Nome legível: Thaciana Salgado

Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: Esposa

CPF: 034 984 003 20

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Thaciana Salgado
Anestesiológista
CREMEC: 15.115
RQE: 6525

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

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

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

CIRURGIA / PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico de fratura de Lombar DIAGNÓSTICO: D

AVALIAÇÃO CLÍNICA		Exame Físico																																																													
Cardio-circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Tolerância ao exercício <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Dependência O ₂ <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras Gastrointestinal/hepático <input checked="" type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito/ diarreia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras Neurológico <input checked="" type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Outras Renal <input checked="" type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras Hematológico <input checked="" type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Outras Músculo esquelético <input checked="" type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Outras Endócrino <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes tipo <input type="checkbox"/> Patologia da tireóide <input type="checkbox"/> Outras	Câncer <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Outras Infeccioso <input checked="" type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras Gravidez <input checked="" type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano <input checked="" type="checkbox"/> Condições de Nascimento <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas (Idade gest. + idade atual) Hábitos Sociais <input checked="" type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Outras Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Tipo/Agente Reação <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> Cirurgia/anestesia prévia <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia Anestesia Dados relevantes <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Histórico familiar - problemas com anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não																										Exame Físico Cardíaco _____ Resp. _____ Neuro _____ Regional _____ Outro _____ Laboratório <table border="1"> <tr> <th>Hb</th> <th>Ht</th> <th>Na</th> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia) <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> Via aérea História de via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Mallampati <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Distância esterno/mento: <u>7,5</u> cm Dentição/Prognatismo _____ Outros _____ Hemorragias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob Avaliação ASA <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Planejamento Anestésico <u>Local + Regu</u>	Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose																														
Hb	Ht	Na																																																													
K	Plaquetas	Glicose																																																													

Comentários sobre os achados: _____

Assinatura do Anestesiologista: _____ CRM: _____

DATA: 30/03/20 HORA: 11:50

ASSINATURA: [Assinatura]

Placa de Segurança: _____



Nome completo: Geysen Raphael Nervo Data de nascimento: 20/11/1986 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 20/03/2016

Unidade de origem: ICPA

Unidade de destino: _____

Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Alta anestésico

Diagnóstico(s): Fr. fêmur

Sinais Vitais: PA 128/86 mmHg

FC: 70 bpm

FR: 20 rpm

T: 36.0 °C

SpO2 98 Escala de dor 0

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 () CVT () PICC () Port a cath () Outros

Sondas, drenos, ostomias

() Não () Sim Qual?:

Outros dispositivos

() Não () Sim Qual?:

Lesão de pele

() Não () Sim Local:

Curativos

() Não () Sim Qual produto? Estágio:

Precaução

() Não () Sim () Contato () Aerosóis () Gotículas

Monitorização

() Não () Sim Qual?:

Nível de consciência

() Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso

Locomoção

() Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado

Transporte utilizado?

() Cadeira de rodas () Maca () Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes

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

Alergias

() Não () Sim Qual?:

Procedimentos realizados

() Não () Sim Qual?:

Valores, crenças, barreiras

() Não () Sim Qual?:

Data: ____/____/____

AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

S-I

RECOMENDAÇÕES

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

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: Jeyson Raphael

DATA DO NASCIMENTO: 09/11/86

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Emergência

DATA DA ADMISSÃO/AValiação: 25/03/20

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

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

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de déficit 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.

Thayana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 11.173 ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 00:

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66418234

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

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

Profissional(is): MARIA IRLENE DIOGENES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 583498 [1] Nº: 52872612 26/03/2020 às 00:25

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento

20/11/1986

[1]

Sexo

Masculino.

[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora

00:25

[1]

Hora

Descrição

PA:153/91MMHG
PAM:112
T:37.7
DX:96MGDL
SAT:100%
P:72BPM
FC:75BPM
FR:20RPM

[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM





ANTONIO
PRUDENTE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

Data de Revisão:
10/09/2018

Código:
FORMULÁRIO: 015

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1

Data da Elaboração:
22/02/2017

Nome do paciente:	Meyson Raphael Neves		
Nº do prontuário:	17466922	Data de Nascimento:	20/11/1986
Leito:	2 ML	Data de admissão:	25/03/2020
		Data da realização da escala:	

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	1
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	3
		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	3
		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	3
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	3
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	3
		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	3
		1	Não	
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				1

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)		

Thaiana V. Coelho Q. Lim.
COREN-CE 41.113.248

PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Data de nascimento	20/11/1986
Nome do(a) Responsável/Parentesco	LIDIANE (ESPOSA)
Procedimento a ser realizado	FX-FÊMUR MED

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		NONE 13:00h. DE 25/03/2020
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		MSE

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

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

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade	X		MED
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		

4. SSVV:

PA	132 x 78
T	
FC	77 bpm
FR	19 IRM

SPO2: 100%.

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 01:20

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66418234

Prontuário: 17466922

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

Profissional(is): THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN Nº: 52873080 26/03/2020 às 01:17

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia

26/03/2020

Cirurgia

FRATURA DE FÊMUR

[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente

EMERGÊNCIA-TRAUMA

Identidade Do Paciente

Sim.

[1]

Realizados Protocolos De Instrumentais

SIM.

[1]

Exames Complementares

Sim. RX, TC, LAB

[1]

Retirada De Adornos/Próteses

Sim.

[1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia

Sim.

[1]

Banho Pre-Operatório

Sim.

[1]

Paciente Refere Alergia

NÃO.

[1]

Paciente Está Em Jejum

SIM.

[1]

Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 22.124.574

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 14:48

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

Profissional(is): MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1317983 [1]

Nº: 52889773 26/03/2020 às 14:41

MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA COREN 1317983 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	26/03/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	14:10	[2]
Cirurgia	FRATURA DE FEMUR	[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

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

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 14:48

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

SIM.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

SIM.

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

NÃO SE APLICA.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

SIM.

[2]

Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E
O Manejo Do Paciente

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

[2]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 16:26

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

Profissional(is): MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,
COREN 1317983 [1]
MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA COREN 1317983 [2]

Nº: 52890185 26/03/2020 às 14:56

PACIENTE

Identificação Do Paciente

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

[1]

Data De Admissão

26/03/2020

[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Emergência

[1]

Data Da Cirurgia

26/03/2020

[1]

Procedimento Cirúrgico Proposto

FRATURA DE FEMUR

[1]

Pulseira De Identificação

MSE

[1]

Comorbidades

NEGA

[1]

Nome, dosagem, frequência

NEGA

[1]

Alergia- Descrição

NEGA

[1]

CONFORTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Procedimentos Intervencionistas e Cirúrgicos

FRATURA DE FEMUR

[1]

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

TEC ELISEU

[1]

Hora

14:10

[1]

Sala

03

[1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia

COM TALA EM MID E MSD

[1]

Início Da Anestesia

14:15

[1]

Término Da Anestesia

16:35

[1]

Início Da Cirurgia

14:50

[1]

Término Da Cirurgia

16:25

[1]

Instrumentador

TEC ELISEU + WILSON (ORTOGENESE)

[1]

Circulante

TEC TATIANE

[1]

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL

[1]

Membro Ou Lado A Ser Operado

FEMUR DIREITO

[1]

Numero Inicial De Compressas

20 UD

[1]

Quantidade De Compressas Acrescentadas 1

10 UD

[2]

Contagem Final De Compressas

30 UD

[2]

Exames De Imagem

Sim

[1]

Clorhexedine Alcoólico

Sim

[1]

Clorhexedine Degermante

Sim

[1]

Tipo

ELÉTRICO

[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 16:26

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

Material	SIM	[1]
Fornecedor	ORTOGENESE	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	COM CURATIVO NO LOCAL	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA	[1]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	16:50	[2]
SINAIS VITAIS		
T	°C	[1]
Pulso	98 bpm	[1]
PA	87X67	[1]
PAM	73	[1]
FC	98 bpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	26/03/2020	[1]
Hora	15:15	[2]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	AS 14:10 PACIENTE J.R.N.M, SEXO MASCULINO, 33 ANOS ADMITIDO NO C.C NA SALA 03 PARA O TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR LADO DIREITO COM DR EDIMAR LESSA + AUXILIO DR FILIPE SANCHO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, TRANSPORTADA EM MACA, COM TALA EM MSD E MID, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE. SUBMETEU-SE A ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO. REALIZADO EM SALA MONITORIZAÇÃO, DEGERMAÇÃO, CURATIVO SIMPLES NO LOCAL, TRICOTOMIA, PACIENTE POSICIONADO EM MESA DE TRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS SEGUE PARA A SRPA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
Intercorrências	SEM	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	FEMUR	[2]
Placa De Bisturi	ABDOMEN	[2]
Punções Venosas	MSE	[2]
Coxim	CABEÇA	[2]

PÓS-OPERATÓRIO

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66418234

Prontuário: 17466922

26/03/2020 01:30

Convênio: HAPVIDA

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

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir

Não.

[1]

Compreender

Não.

[1]

Memorizar

Não.

[1]

Falar

Não.

[1]

CONFORTO

Queixas de Dor

Sim.

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

ata

26/03/2020

[1]

Hora

01:30

[1]

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

Thalysa V. Coelho Q. Lim
COREN-CE 17.117.2018

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuario: 17466922

09/04/2020 16:15

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

Profissional(is): ELISEU ANTONIO PAULINO CA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1017409 [1]
ELISEU ANTONIO PAULINO CA COREN 1017409 [2]

Nº: 53269431 09/04/2020 às 16:13

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	09/04/2020	
Hora Da Cirurgia	15:35	[1]
Cirurgia	ELÉTICO	[2]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	CENTRO CIRURGICO	[2]
-------------------------------	------------------	-----

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM	[2]
Lateralidade Do Procedimento	DIREITA	[2]
Paciente Certo	SIM	[2]
Sítio Cirurgico Identificado	SIM	[2]
Procedimento	SIM	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM	[2]
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM	[2]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	SIM	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:15

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	NÃO.	[2]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM	[2]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[2]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NÃO.	[2]
Preenchimento De Guias E/ Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[2]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	NÃO.	[2]



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO (09/04/2020)

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

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 sepre verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações checadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipamentos, 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)?			
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	X		

Assinatura do enfermeiro

Thayana V. Coelho Q. Lima
CRM 15.437/17-1 ENF

Assinatura do enfermeiro Líder

1008

Emissão: 09/04/2020 16:38

Paciente: LEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convênio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc. 20/11/1986
Nº Prescrição: 26417689
Leito: 1334101

09/04/2020 às 16:37

Atendimento: 66525125
Prontuário: 17466922
Peso: 70,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE
PLANO NUTRICIONAL

UD 33h ORAL

CRM-7399

2. Hidratação Venosa Fase Única
SORO FISIOLÓGICO 0,9%

Vol. Total

500 ml

7,00 g/s/min

Acesso Perfêncio

CRM-7399

3. PLANET (5,00mg/ml)

Água Destilada

10mg

2 ML (AMPL C/ 10MG)
18 ml

EV

CRM-7399

22:00 06:00

4. DIFIRONA AMP (500,00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

2 ML (AMPL C/ 500MG)
18 ml

EV

CRM-7399

5. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

50mg

1 ML (AMPL C/ 50MG)
100 ml

EV

CRM-7399

24:00 06:00

SN

CRM-7399

24:00 06:00

6. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 UD (FRAP C/ 100MG)
100 ml

EV

CRM-7399

7. SINAIS VITAIS

B. MANEIR MEMBRO OPERADO ELEVADO

CRM-7399

Profissionais: CRM-7399

EDILMAR FERREIRA LESSA

Edilmar F. Lessa
Farmácia - Ortopedia
CREMEC 7399

22:00 06:00

06:00 18:00

CRM-7399

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66525125	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26415046	09/04/2020 às 10:37	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA (COREN 437473)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Mantido		
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS
Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CI 437473 ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66525125	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26414920	09/04/2020 às 10:34	
Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito: 133410/1	Enfermeiro(a): HATYANA VIRGINIA COELHO DE Q	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
-----------------------------	----------


Thyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 537473 ENF

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1A - HAPFOR

Dt. Nasc. 2011/11/1986

Nº Prescrição: 26417690

10/04/2020 às 06:00

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Peso: 70.00 kg

Teito: 100817

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

PLANO NUTRICIONAL

UD 33h ORAL

CRM-13290

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total 500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-13290

3. PLANET (5.00mg/ml)

Água Destilada

10mg 2 ML (AMPOL C/10MG)

8/8h EV

CRM-13290

4. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000mg 2 ML (AMPOL C/500MG)

6/6h EV

CRM-13290

5. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro fisiológico 0.9%

50mg 1 ML (AMPOL C/50MG)

8/8h EV

CRM-13290

Ata vigilância

6. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro fisiológico 0.9%

100mg 1 UD (FRAP C/100MG)

8/8h EV

CRM-13290

7. SINAIS VITAIS

8. MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO

Profissionais: CRM-13290

NAVALLA SUELLEN BRAGA DA SILVA

Dr. Antonio Prudente
CRM-13290
10/04/2020

Dr. Antonio Prudente
CRM-13290
10/04/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1A - HAPFOR

Dt. Nasc.: 20/11/1986
Atendimento: 66525125
Nº Prescrição: 0026417690
10/04/2020 às 06:00
Leito: 1008/1
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17466922

Emissão 10/04/2020 09:42

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

- () RISCO DE QUEDA
- () RISCO DE UPP
- () RISCO DE PLEITE
- () RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
- () RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

PLANO NUTRICIONAL

3/3h UD ORAL

Prescritor: CRM-13290

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min Acesso Periférico

SORO FISIOLÓGICO 0.9%

Prescritor: CRM-13290

3. PLAMET (5.00mg/ml)

10 mg

Água Destilada

2ML (AMPOL C/ 10MG)

8/8h

EV

Prescritor: CRM-13290

4. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

1000 mg

Água Destilada

2ML (AMPOL C/ 500MG)

6/6h

EV

Prescritor: CRM-13290

5. TRAMADOL (50.00mg/ml)

50 mg

Soro Fisiológico 0.9%

1 ML (AMPOL C/ 50MG)

8/8h

EV

SN

Alta vigilância

Prescritor: CRM-13290

6. CETOPROFENO IV (100.00mg)

100 mg

Soro Fisiológico 0.9%

1 UD (FRAP C/ 100MG)

8/8h

EV

Prescritor: CRM-13290

7. SINAIS VITAIS

Prescritor: CRM-13290

8. MANTER MEMBRO OPERADO

Prescritor: CRM-13290

Profissionais: CRM-13290

NATALIA SUELLEN BRAGA DA SILVA

Reservado para o SMD
ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado.
Indica item checado.

Carla M. A. Silva
Natalia Suellem Braga da Silva
CRM: 13290
CPF: 025.125.982-17
R. Aguanambi, 1827, Edim

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 10/04/2020 09:42

Paciente: JE, JON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1A - HAPFOR

Dr. Nasc.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 0026417690
Leito: 1008/1

Atendimento: 66525125
10/04/2020 às 06:00
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17466922

Descrição

Qtd.

Descrição

Qtd.

Descrição

Qtd.

Descrição

Qtd.

RP153:

LEILIANE SUMMA AVILA DA SILVA

10/04/2020 09:42

IP: 192.85.4.101

Leiliane Avila
Natalia Suelen B. da Silva
COREN-SP 12110 - CRP
CREMED-13.290
CPF: 025.325.933-17
Av. Aguanambi, 1827, Fatima

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:39

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1] Nº: 53270057 09/04/2020 às 16:38

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO 2º METACARPO DIR. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITAIS DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. [1]

CID 10

S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO [1]


Edilmar F. Lessa
Traumatologia-Ortopedia
CREMEC 7399

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/04/2020 08:32

Paciente: JEYSON RAPHAEL NÉVES MEDEIROS Dt. Nasç.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1A - HAPFOR Leito: 1008/1
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO. CRM 14108 [1] Nº: 53285434 10/04/2020 às 10:03

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1º PO DE FRATURA DE METACARPO

[1]

EVOLUI ESTAVEL E SEM QUEIXAS

CD: ALTA HOSPITALAR

CID 10

S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

[1]

Netalia Suelen S. da Silva
CREMEC 13290
CPF: 025.425.983-17
Av. Agamenon 1400 - Lima

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/04/2020 10:04

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Pósto: POSTO 1A - HAPFOR

Leito: 1008/1

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]

Nº: 53285434 10/04/2020 às 10:03

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1º PO DE FRATURA DE METACARPO

[1]

EVOLUI ESTAVEL E SEM QUEIXAS

CD: ALTA HOSPITALAR

CID 10

S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

[1]

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - RBO 15349

PROTOCOLO BLOCO CIRURGICO (Prontuário e exames)

NOME: Geyson Raphael Neves Medeiros

DATA: 09/04/2020

PRONTUÁRIO:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ficha de Internação | <input checked="" type="checkbox"/> Boletim Cirúrgico | <input type="checkbox"/> Atestado |
| <input type="checkbox"/> Prescrição Médica | <input checked="" type="checkbox"/> Perioperatório | <input type="checkbox"/> Receituário |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ficha Anestésica | <input checked="" type="checkbox"/> Check list | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Termo Anestésico | <input checked="" type="checkbox"/> Check list Pré-operatório | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Evolução Médica | <input checked="" type="checkbox"/> Orientações Médicas | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Controle de Materiais | <input checked="" type="checkbox"/> Termo Cirurgião | |

EXAMES:

- | | | |
|---|---|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> CD | _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laudo Cateterismo | <input type="checkbox"/> Laudo US | _____ |
| <input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais | <input type="checkbox"/> CD Cateterismo | _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> ECO Doppler | <input type="checkbox"/> Laudo TC | _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> ECO Stress | <input type="checkbox"/> Laudo RX | _____ |
| <input type="checkbox"/> ECO Trans esofágico | <input type="checkbox"/> Película RX | _____ |
| <input type="checkbox"/> Teste Ergométrico | OUTROS: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cintilografia | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cineangiocoronariografia | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Risco Cirúrgico | _____ | _____ |

Equipe CC: Felipe + William

Setor que recebeu:

☒ RPA ☐ Postos ☐ UTI

Ass:

Ass:

Exames devolvidos para paciente ou responsável:

Ass:

Setor que paciente foi transferido:

Leito: ()

Ass:

Observações:

Atenção: Este impresso deverá ser arquivado na RPA.

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Jeyson Raphael Naves Muleiras
Data de nascimento	20/11/86
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Lidiane
Procedimento a ser realizado	Fratura de falange

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Desde 07:00
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		Renal
Identificação com pulseira	X		USD

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		
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		

4. SSVV:

PA	
T	
FC	
FR	

- () RISCO DE QUEDA
- () RISCO DE UPP
- () RISCO DE FLESITE
- () RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
- () RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO



**ANTONIO
PRUDENTE**

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

Código:
FORMULÁRIO: 015

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1

Data de Revisão:
10/09/2018

Data da Elaboração:
22/02/2017

Nome do paciente:

Medeiros
Thayon Raphael Nunes

Data de Nascimento:

20.11.86

Nº do prontuário:

Data de admissão:

09.04.20

Leito:

Data da realização da escala:

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	1
		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	Atuações nas atividades	4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
		1	Não	
		4	Sim	
			SOMA DOS PONTOS:	7

SEM RISCO/RISCO BAIXO

07-09

Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas

RISCO MODERADO/ RISCO ALTO

10-25

Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos

Benzodiazepínicos

Antiarrítmicos

Anti-histamínicos

Antidepressivos

Digoxina

Diuréticos

Laxativos

Relaxantes musculares

Vasodilatadores

Laxativos

Relaxantes musculares

Vasodilatadores

Hipoglicemiantes orais

Insulina

Poli-farmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)

Presença de doenças crônicas

Acidente vascular cerebral prévio

Hipotensão postural

Tontura

Convulsão

Síncope

Dor intensa

Baixo índice de massa corpórea

Anemia

Insônia

Artrite

Osteoporose

Alterações metabólicas (Ex: hipoglicemia)

Doenças Oportunistas

Neurite óptica

Histoplasmosose

Pneumonia

Calazar

Tuberculose

Hanseníase

Meningite

Thayon R. Costa D. Lima
Coordenador de Qualidade



ANTONIO
PRUDENTE

AValiação DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

Código:
FORMULÁRIO: 013

Sector: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1

Data de Revisão:
10.09.2018 - V.01

Data da Elaboração:
20/03/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Jeyson Raphael DATA DO NASCIMENTO: 1/1/1981

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Emergência DATA DA ADMISSÃO/AValiação: 09/04/20

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

- ☐ Não consegue se alimentar bem?
- ☐ História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?
- ☐ Alimenta-se apenas por sonda?
- ☐ Escorre alimento pela boca?
- ☐ Demora muito para engolir?
- ☐ Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?
- ☐ Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?
- ☐ Há tosse com líquido?
- ☐ Há tosse e engasgo com líquido?
- ☐ Não consegue engolir?
- ☐ Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -
6 -
7 -
8 -
9 -
10 -
11 -

SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:

7

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 (X)

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de déficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinlização 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 cabeça 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 foncaudiologia.

Thayana V. C. Lima
COORDENADORA

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

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

Nome completo: Leandro Rafael de Azevedo

Data de nascimento: 20/11/86

FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data: 04/04/2020 Horário: 16:50 Cirurgia Realizada: Redução de Testigo
 Hora da admissão na R.A.: 16:50 Anestesiista: Dr. Roberto

Tipo de anestesia: Blocagem
 Cirurgião: Dr. Edimar

CONTROLES:

PERÍODO	HORA	TEMP.	FC	FR	PA	SPO ₂	DOR/SCORE	ELEGIVEL PARA PUÉRPERA LÓQUIOS - RUBRO
a cada 15 min	16:50	34.7	64	18	120x60	100%	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	17:05	34.7	68	18	134x60	100%	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	17:20	34.7	84	18	130x54	100%	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	17:35	34.7	87	18	134x74	100%	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	18:05	34	87	18	139/74	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	18:35							() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora	19:35							() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora	20:35							() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora	21:35							() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados

Técnico de Enfermagem: Dr. Roberto Enfermeiro: Dr. Roberto
 (Assinatura e carimbo) (Assinatura e carimbo)

CRITÉRIOS AVALIADOS PELO ÍNDICE DE STEWARD (0 A 12 ANOS)

Índice de avaliação	Condição	Score
Consciência	Acordado	2
	Responde a estímulos	1
	Não responsivo	0
Vias aéreas	Tosse ao comando verbal ou choro	2
	Manutenção boa de via aérea	1
	Requer assistência da via aérea	0
Movimentação	Movimento intencional dos membros	2
	Movimentos não intencionais	1
	Sem movimentação	0
	HORA: <u>16:50</u> SCORE: <u>0</u>	

ÍNDICE DE ALDRETE E KROUZEK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente <u>Capaz de mover somente dois membros voluntariamente</u> Incapaz de mover os membros voluntariamente <u>Incapaz de mover os membros voluntariamente</u>
Respiração	Capaz de respirar profundamente <u>Capaz de respirar profundamente</u> Dispneia ou limitação da <u>Dispneia ou limitação da</u> Apnéia <u>Apnéia</u>
Circulação	Pressão arterial em 20% do nível <u>Pressão arterial em 20% do nível</u> Pressão arterial em 20% a 45% do <u>Pressão arterial em 20% a 45% do</u> Pressão arterial em 50% do nível <u>Pressão arterial em 50% do nível</u> Lúcido, orientado no tempo <u>Lúcido, orientado no tempo</u> Desperta se solicitado <u>Desperta se solicitado</u> Não responde <u>Não responde</u>
Consciência	Capaz de manter saturação de O ₂ > <u>Capaz de manter saturação de O₂ ></u> Necessita de O ₂ suplementar para manter <u>Necessita de O₂ suplementar para manter</u> Saturação de O ₂ < 90% mesmo com <u>Saturação de O₂ < 90% mesmo com</u>
Saturação	<u>Saturação</u> <u>Saturação</u> <u>Saturação</u> <u>Saturação</u>

Médico: Dr. Roberto
 (Assinatura e carimbo)

Médico: Dr. Roberto
 (Assinatura e carimbo)

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO

0 - SEM DOR 1 a 3 - DOR LEVE 4 a 6 - DOR MODERADA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



ANTONIO
PRUDENTE

Nome do Paciente: <u>Geysen Raphael Nives Medeiros</u>	
Data de Nascimento: _____	Data de Internação: _____

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, Geysen Raphael Nives Medeiros, inscrito no CPF sob o N° _____, 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): Intussusceção na mão 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.

Confirmo 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: Isidiane de Sousa Barbosa RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, ____ de ____ de 20 ____.

[Assinatura]
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

hapvida

Faz bem pra você

(Preencher quando não houver atestado)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de nascimento: 11/10/86

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 anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Sedação + bloqueio ou a seguinte alternativa anestésica _____

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

09 de Abril de 2020

Hora: 14:50

Nome legível: Paulo Roberto de Sousa Barbosa

Assinatura: [Assinatura]

Grau de parentesco do responsável: Esposo

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Dra. Reisalla Verli
Anestesiologista
CRM 17837

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

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Guilherme Raphael Naves Medeiros
Passagem: _____ Leito: _____
Prontuário: 17466922

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUN (hs)	Adulto	DOR										
58						Sólidos: <u>7h</u>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						Líquidos: _____		Criança										

CIRURGIA / PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
<u>Tto em de fratura da pelve</u>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA		Exame Físico																										
Cardio-circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras _____ Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O. <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras _____ Gastrointestinal/hepático <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito/ diarreia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras _____ Neurológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Outras _____ Renal <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras _____ Hematológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Outras _____ Músculo esquelético <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Outras _____ Endócrino <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireóide <input type="checkbox"/> Outras _____	Câncer <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outras _____ Infeccioso <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras _____ Gravidez <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Condições de Nascimento <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas <input type="checkbox"/> Idade pós-conceitual _____ semanas <input type="checkbox"/> (idade gest. + idade atual) Hábitos Sociais <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Outras _____ Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Cirurgia/anestesia prévia <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> <tr> <td>Fratura de fêmur</td> <td>SCN</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Histórico familiar - problemas com anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Tipo/Agente	Reação							Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	Fratura de fêmur	SCN								Exame Físico Cardíaco _____ Resp. _____ Neuro _____ Regional _____ Outro _____ Laboratório <table border="1"> <tr> <th>Hb</th> <th>Ht</th> <th>Na</th> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </table> Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia) Via aérea História de via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Mallampati <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Distância esterno/mento: <u>12</u> cm Dentição/Prognatismo Outros Hemorragias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob Avaliação ASA <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Planejamento Anestésico 	Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose
Tipo/Agente	Reação																											
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																										
Fratura de fêmur	SCN																											
Hb	Ht	Na																										
K	Plaquetas	Glicose																										

Comentários sobre os achados

Rosalia Verh
CRM 17837

DATA: 04/03/20 HORA: 14:50



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

09/04/2020 16:33

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

Profissional(is): ELISEU ANTONIO PAULINO CA. TECNICO DE ENFERMAGEM. COREN 1017409 [1]
ELISEU ANTONIO PAULINO CA COREN 1017409 [2]

Nº: 53260659 09/04/2020 as 16:21

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	SRPA	[1]
Hora	15:10	[1]
Sala	02	[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	CURATIVO	[1]
Início Da Anestesia	15:20	[2]
Término Da Anestesia	16:30	[1]
Início Da Cirurgia	15:35	[2]
Término Da Cirurgia	16:25	[1]
Instrumentador	WILLAM	[1]
Circulante	ELISEU	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	DIREITA	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[1]
Medicações/hora	CEF AZOLINA 2G 15:15	[1]
Exames De Imagem	Sim	[1]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	CURATIVO	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA	[2]
Horário De Saída Da S.O	16:40	[1]
SINAIS VITAIS		[1]
Pulso	72 bpm	[1]
PA	116x75	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		[1]
Sat O2	100 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		[1]
Data	09/04/2020	[1]
Hora	16:28	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:33

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

PACIENTE ADMITIDO NO CC PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO
FRATURA DE FALANGE

[1]

COM CIRURGIAO DR EDIMAR

PACIENTE RELATA NÃO SER ALERGICA, NÃO HIPERTENSA, NEGA
ALERGIAS E ESTA DE JEJUMSUBMETIDA A ANESTESIA BLOQUEO E SEDACAO POR DRA
REISILLAPROCEDIMENTO REALIZADO COM SUCESSO APÓS
PROCEDIMENTO A ENCAMINHADA PARA SIRA COM AVP SE QUE
SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

RAIO X FINAL REALIZADO EM SALA

Intercorrências

SEM INTERCORRENCIA

[2]

Eletrodos

TORAX

[2]

Incisão Cirurgica

MÃO DIREITA

[2]

PÓS-OPERATÓRIO

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:15

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

Professional(is): ELISEU ANTONIO PAULINO CA. TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1017409 [1]

Nº: 53269431

09/04/2020 às 16:13

ELISEU ANTONIO PAULINO CA COREN 1017409 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia

09/04/2020

[1]

Hora Da Cirurgia

15.35

[2]

Cirurgia

ELÉTIVO

[2]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente

CENTRO CIRURGICO

[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente

SIM

[2]

Opme Checado Em Sala Cirurgica

SIM

[2]

Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica

SIM

[2]

Alergias Do Paciente São Conhecidas

NÃO

[2]

Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica

SIM

[2]

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea

NÃO

[2]

Via Aérea Difícil

NÃO

[2]

Confirmação De Vaga Em Uti

NÃO

[2]

Kit Cirurgico Completo Em Sala

SIM

[2]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia

SIM

[2]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia

SIM

[2]

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião

SIM

[2]

Verificação De Anestesia Concluída

SIM

[2]

Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento

SIM

[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função

SIM

[2]

Lateralidade Do Procedimento

DIREITA

[2]

Paciente Certo

SIM

[2]

Sítio Cirúrgico Identificado

SIM

[2]

Procedimento

SIM

[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado

SIM

[2]

Checagem Completa Dos Equipamentos

SIM

[2]

Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos

SIM

[2]

Checagem Completa Das Medicções Anestésicas

SIM

[2]

Esterilização Do Material Confirmada E Validada

SIM

[2]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:15

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas

SIM

[2]

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas

NAO

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados

SIM

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas

SIM

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Esta Identificada E Acondicionada Corretamente

NAO

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião

SIM

[2]

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

SIM

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM

[2]

Especificar

NAO

[2]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
ARTES NAZIONALE DE MOBILIDADE

CE

NOME
JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

SOCIEDADE / ORG. EMISSOR LT
2003097042116 SBTOS CE

CPF
600.885.803-42 DATA NASCIMENTO
20/11/1986

FUNÇÃO
FRANCISCO GUSTAVO DAS
NEVES
MARIA DO SOCORRO
MEDEIROS DAS NEVES

PRIMEIRO
ACC
CALHA
A

1º REGISTRO
06326093013

VALIDADE
21/05/2024

1ª HABILITAÇÃO
13/03/2015

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador
Jeyson Raphael Neves Medeiros

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
22/05/2019

Assinatura do Emissor
09067511122
CE170825825

CEARA

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1765281962

PROIBIDO PLASTIFICAR
1765281962

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200247159
Nome do(a) Examinado(a): Jeyson Raphael Neves Medeiros
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Santa Rita, 5
Centro Caucaia CE CEP: 61695-990
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2003097042116
Data local do acidente: [25/03/2020]
Data local do exame: [28/07/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO
FRATURA COMINUTIVA E DESALINHADA DA ESCÁPULA ESQUERDA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSÍNTESE DE FRATURAS DO 2º METACARPO E DO FÊMUR. IMOBILIZAÇÃO PARA O OMBRO ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM
Data da Alta: 08/07/2020**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

BLOQUEIO GRAVE METACARPOFALÂNGICO DE FLEXO-EXTENSÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO. ASSIMETRIA ESCAPULAR E BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E DE ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FORÇA GRAU III, BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E LEVE DE EXTENSÃO E DE FLEXÃO DO QUADRIL E BLOQUEIO MODERADO DE FLEXÃO DO JOELHO. ALTERAÇÃO DA MARCHA.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE. SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE. SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS, DO TROFISMO E DA MARCHA.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

2º DEDO DA MÃO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247159 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO
FRATURA COMINUTIVA E DESALINHADA DA ESCÁPULA ESQUERDA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame físico: BLOQUEIO GRAVE METACARPOFALÂNGICO DE FLEXO-EXTENSÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO. ASSIMETRIA ESCAPULAR E BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E DE ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FORÇA GRAU III, BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E LEVE DE EXTENSÃO E DE FLEXÃO DO QUADRIL E BLOQUEIO MODERADO DE FLEXÃO DO JOELHO. ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE DE FRATURAS DO 2º METACARPO E DO FÊMUR. IMOBILIZAÇÃO PARA O OMBRO ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES
DATA DA ALTA: 08/07/2020

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/07/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, EM OMBRO ESQUERDO E EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO DIREITO PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			55 %	R\$ 7.425,00

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247159

Vítima: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247159

Vítima: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247159

Vítima: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.425,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Valor: R\$ 7.425,00

Banco: 001

Agência: 000002622-0

Conta: 000010028851-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

