

 ANTONIO PRUDENTE	AValiação DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10.09.2018- V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Jeyson Raphael DATA DO NASCIMENTO: 11/11/1980

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

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

RESULTADO: RISCO ALTO()

RISCO MODERADO()

RISCO BAIXO()

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de déficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações a família e/ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização a 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 fonocardiologia.

Thayana V. C. Lima
COORDENADORA

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

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

Nome completo: Leandro Raphael Alves Medeiros

FICHA DE ADMISSÃO POS-ANESTÉSICA

Data: 04/04/2020 Horário: 10:50 Cirurgia Realizada: Redução de Taboaga

Hora da admissão na RA: 10:50 Anestesia: Dr. Renato

CONTROLES

PERÍODO	HORA	TEMP.	FC	FR	PA	SPO ₂	DOR/SCORE	ELEGÍVEL 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	124x60	100%	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	17:20	34.7	84	18	130x74	100%	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	17:35	34.7	87	18	130x74	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

Glicemia Capilar: _____ mg/dl Hora: _____

Técnico de Enfermagem: _____ Enfermeiro: _____

(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

Médico: _____

(Assinatura e carimbo): _____

HORA: _____ SCORE: _____

Data de nascimento: 00/11/86

Cirurgião: Dr. Edimar Tipo de anestesia: Bloqueio

ÍNDICE DE ALDRETE E KROUHLK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente
	Incapaz de mover os membros voluntariamente
Respiração	Capaz de respirar profundamente
	Dispneia ou limitação da ventilação
	Apneia
Circulação	Pressão arterial em 20% do nível
	Pressão arterial em 20% a 49% do nível
	Pressão arterial em 50% do nível
	Lúcido, orientado no tempo e espaço
	Desperta se solicitado
Consciência	Não responde
	Capaz de manter saturação de O ₂ > 90%
	Necessita de O ₂ suplementar para manter saturação de O ₂ > 90% mesmo com 100% O ₂
Saturação	HOJE
	HOJE
	HOJE

Médico: _____

(Assinatura e carimbo): _____

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO

Médico: _____

(Assinatura e carimbo): _____

ESCALA DEDOR

0 - SEM DOR 1 a 3 - DOR LEVE 4 a 6 - DOR MODERADA 7 a 10 - DOR INTENSA

Referências:
Formulário ISS, Furtado MS, Hittelman LFA, Oliveira JA. Escala de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa.
Disponível em: https://revista.hi.uepb.edu.br/revista_hi/article/view/425
Aldrete JA. Post-anesthetic recovery score and revised J Clin Anesth. 1995;7(1):92-97.
Associação Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Monitoramento e Suporte de Pacientes em Cirurgia. 2019. São Paulo: ABCB.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

ANTONIO
PRUDENTE

Nome do Paciente: <u>Geysen Raphael Neres 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 Neres 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): Fratura 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.

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: 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 atigeta)

Nome completo (paciente):

CPF:

Médico:

CRM:

Data de nascimento 11/11/86

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

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.

09 de Abril de 2020

Hora: 14:10

Nome legível: Xandine de Sousa Barbosa

Assinatura: [Assinatura]

Grau de parentesco do responsável: Esposa

CPF: [Assinatura]

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
Anestesiológista
CRM 17837

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



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Juarez Raphael Nunes Medeiros

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: 17466922

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
58						Sólidos: <u>78h</u> Líquidos: _____	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

QUIRURGIA/PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
<u>Troca de fixação de placas</u>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA																					
Cardio-circulatório ☒ Negativo ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronaropatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras _____ Respiratório ☒ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras _____ Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/ diarreia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obst. Intestinal ☐ Outras _____ Neurológico ☒ Negativo ☐ Convulsões ☐ Dormência/ fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras _____ Renal ☒ Negativo ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras _____ Hematológico ☒ Negativo ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Outras _____ Músculo esquelético ☒ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Musculodistrofia ☐ Outras _____ Endócrino ☒ Negativo ☐ Diabetes tipo _____ ☐ Patologia da tireóide ☐ Outras _____	Câncer ☒ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Outras _____ Infeccioso ☒ Negativo ☐ HIV ☐ Outras _____ Gravidez ☐ Negativo ☐ Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano ☐ Negativo Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo: ☐ Idade gestacional _____ semanas ☐ Idade pós-conceitual _____ semanas (Idade gest. + idade atual) Hábitos Sociais ☒ Negativo ☐ Tabaco ☐ Cigarros/dia ☐ Alcool ☐ Drogas ☐ Outras _____ Alergias ☒ Negativo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Fratura de fêmur</u></td> <td><u>sem anestesia</u></td> <td><u>sem anestesia</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☐ Sim ☒ Não Histórico familiar - problemas com anestesia ☐ Sim ☒ Não	Tipo/Agente	Reação							Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	<u>Fratura de fêmur</u>	<u>sem anestesia</u>	<u>sem anestesia</u>						
Tipo/Agente	Reação																				
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																			
<u>Fratura de fêmur</u>	<u>sem anestesia</u>	<u>sem anestesia</u>																			
Exame Físico Cardíaco _____ Resp. _____ Neuro _____ Regional _____ Outro _____ Laboratório <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hb</th> <th>Ht</th> <th>Na</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </tbody> </table> Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Via aérea História de via aérea difícil ☐ Sim ☒ Não Mallampati ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV Distância esterno/mento <u>12</u> cm Dentição/Prognatismo _____ Outros _____ Hemorragias ☒ Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob Avaliação ASA ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI Emergência: ☐ Sim ☒ Não Planejamento Anestésico _____ _____ _____		Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose														
Hb	Ht	Na																			
K	Plaquetas	Glicose																			

Comentários sobre os achados

Rosalia Verh
 Anestesiologista
 CRM 17837

DATA: 09/03/20 HORA: 14:50



09/04/2020 16:33

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

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. TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1017409 [1]
ELISEU ANTONIO PAULINO CA COREN 1017409 [2]

Nº: 53269669 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

[1]

Término Da Anestesia

16:30

[2]

Início Da Cirurgia

15:35

[1]

Término Da Cirurgia

16:25

[2]

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

[1]

Encaminhamento Do Paciente

[2]

Horário De Saída Da S.O

16:40

SINAIS VITAIS

Pulso

72 bpm

[1]

PA

116X75

[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2

100 %

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

09/04/2020

[1]

Hora

16:28

[1]

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

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 FALAGE.

[1]

COM CIRURGIAO DR EDIMAR.

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

RAIO X FINAL REALIZADO EM SALA

SEM INTERCORRENCIA

[2]

Intercorrências

Eletrodos

TORAX

[2]

Incisão Cirurgica

MAO DIREITA

[2]

PÓS-OPERATÓRIO

09/04/2020 16:15

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

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: 13.3410/1

Profissional(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

Hora Da Cirurgia 15.35

Cirurgia ELÉTIVO

[1]

[2]

[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 Cirúrgico Identificado SIM

[2]

Procedimento SIM

[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico 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]

09/04/2020 16:15

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

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

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 Acondionada 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

Especificar NAO [2]

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.

