

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210016226

Vítima: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Data do Acidente: 31/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

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\$ 4.725,00

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

Recebedor: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000452-9

Conta: 0000010265-2

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.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00452-9

CONTA: 000000010265-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1202202105000000000023700452000000010265472500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210016226 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO **Data do acidente:** 31/08/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO.P-3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO, DESBRIDAMENTO) E ALTA MÉDICA.
P-2-7-9-11-25-42-49-55-66-86-89-92-109-114-125

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P-125- RELATÓRIO MÉDICO ASSISTENTE DR. FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA, CRM 441,DE
04/01/2021.

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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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: 64260259334 4 - Nome completo da vítima: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

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

5 - Nome completo: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO 6 - CPF: 64260259334
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: RUA MARIA LUZINETE BEZERRA LOPES 9 - Número: 03 10 - Complemento: FUNDO
11 - Bairro: ITAPERY 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60110-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85-98941441

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 A 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0452 9 CONTA: 10265 2 AGÊNCIA: CONTA:

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 herdeiro (ver nascer)? ☐ 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

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, FORTALEZA 12-11-2020

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 64260259334 4 - Nome completo da vítima: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

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

5 - Nome completo: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO 6 - CPF: 64260259334
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: RUA MARIA LUZINETE BEZERRA LOPES 9 - Número: 03 10 - Complemento: FUNDO
11 - Bairro: ITAPERY 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60110-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85-98941441

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 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0452 93 CONTA: 10265 02 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 UNICO(BE) 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 herdeiro(s) (ver nascer)? ☐ 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

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, FORTALEZA 12-11-2020

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 2143 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/11/2020 09:35:59**
Data / Hora da Ocorrência: **21/08/2020 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R PEDRO SEGUNDO , PARANGABA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO TERMINAL DA PARANGABA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO**
Nascimento: **12/04/1981** CPF: **642.602.593-34**
CNH: **06227658323** Órgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ROCINEIDE DA SILVA BELARMINO**
JOÃO BATISTA BELARMINO
Endereço: **RUA MARIA LUZINETE BEZERRA LOPES , 9 CS FUNDOS**
Bairro: **ITAPERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98971-4411**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NVE3572** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **94DTAFL10AJ384095** Renavam: **207720550** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **NISSAN/LIVINA XGEAR 16** Ano: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE MARIA DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PNW2269** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KD1000JR102067** Renavam: **1139540715** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIA LUCIMAR DA SILVA ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PNW-2269-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA PEDRO SEGUNDO; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS NVE-3572, QUE ESTAVA PARADA NO ACOSTAMENTO DA VIA, NA FAIXA DA DIREITA E AO TENTAR MUDAR DE FAIXA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE; QUE APRESENTOU UM BOLETIM DE Ocorrência DE Nº111-3752/2020, FACE TER PERDIDO A CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CNH), CAT. HAB. A. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2020792459



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2143 / 2020

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE LUIS DA SILVA BELTRINO

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111 - 3752 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2020 17:24:14**
Data / Hora da Ocorrência: **31/08/2020 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R MARIA LUZINETE BEZERRA LOPES, 9 CASA FUNDOS CEP: 60.110-000, ITAPERI - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO MERCADINHO LEÃO DE JUDÁ**

Noticiante(s)

Nome: **JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO**
Nascimento: **12/04/1981** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **ROCINEIDE DA SILVA BELARMINO**
JOÃO BATISTA BELARMINO
Endereço: **RUA MATO GROSSO, 547**
Bairro: **PAN AMERICANO** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **3293-6915**

Histórico

QUE A PESSOA QUALIFICADA AFIRMA TER PERDIDO SUA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, CATEGORIA A, EXPEDIDA PELO DETRAN-CE. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

VERA LÚCIA ALVES OLIVEIRA - MAT.: 018349-2-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO

VISTO DO DELEGADO(A) :

JESSICA GOMES AGUIAR - MAT.: 300546-1-X



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 2143 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/11/2020 09:35:59**
Data / Hora da Ocorrência: **21/08/2020 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R PEDRO SEGUNDO , PARANGABA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO TERMINAL DA PARANGABA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO**
Nascimento: **12/04/1981** CPF: **642.602.593-34**
CNH: **06227658323** Órgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ROCINEIDE DA SILVA BELARMINO**
JOÃO BATISTA BELARMINO
Endereço: **RUA MARIA LUZINETE BEZERRA LOPES , 9 CS FUNDOS**
Bairro: **ITAPERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98971-4411**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NVE3572** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **94DTAFL10AJ384095** Renavam: **207720550** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **NISSAN/LIVINA XGEAR 16** Ano: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE MARIA DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PNW2269** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KD1000JR102067** Renavam: **1139540715** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIA LUCIMAR DA SILVA ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PNW-2269-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA PEDRO SEGUNDO; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS NVE-3572, QUE ESTAVA PARADA NO ACOSTAMENTO DA VIA, NA FAIXA DA DIREITA E AO TENTAR MUDAR DE FAIXA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE; QUE APRESENTOU UM BOLETIM DE Ocorrência DE Nº111-3752/2020, FACE TER PERDIDO A CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CNH), CAT. HAB. A. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2020792459



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2143 / 2020

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE LUIS DA SILVA BELTRINO

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111 - 3752 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2020 17:24:14**
Data / Hora da Ocorrência: **31/08/2020 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R MARIA LUZINETE BEZERRA LOPES, 9 CASA FUNDOS CEP: 60.110-000, ITAPERI - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO MERCADINHO LEÃO DE JUDÁ**

Noticiante(s)

Nome: **JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO**
Nascimento: **12/04/1981** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **ROCINEIDE DA SILVA BELARMINO**
JOÃO BATISTA BELARMINO
Endereço: **RUA MATO GROSSO, 547**
Bairro: **PAN AMERICANO** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **3293-6915**

Histórico

QUE A PESSOA QUALIFICADA AFIRMA TER PERDIDO SUA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, CATEGORIA A, EXPEDIDA PELO DETRAN-CE. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

VERA LÚCIA ALVES OLIVEIRA - MAT.: 018349-2-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO

VISTO DO DELEGADO(A) :

JESSICA GOMES AGUIAR - MAT.: 300546-1-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: 64260259334 4 - Nome completo da vítima: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

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

5 - Nome completo: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO 6 - CPF: 64260259334
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: RUA MARIA LUZINETE BEZERRA LOPES 9 - Número: 03 10 - Complemento: FUNDO
11 - Bairro: ITAPERY 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60110-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85-98941441

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 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0452 93 CONTA: 10265 02 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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(vai nascer)? ☐ 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

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, FORTALEZA 12-11-2020

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 64260259334 4 - Nome completo da vítima: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

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

5 - Nome completo: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO 6 - CPF: 64260259334
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: RUA MARIA LUZINETE BEZERRA LOPES 9 - Número: 03 10 - Complemento: FUNDO
11 - Bairro: ITAPERY 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60110-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85-98941441

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: 0452 9 CONTA: 10265 2
(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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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(vai nascer)? ☐ 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

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, FORTALEZA 12-11-2020

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Jose Luis da Silva Belarmino** - C.P.F. - **642.602.593-34**, no dia **31/08/2020**, às **07h48min**, na **Rua Pedro Segundo**, no **Bairro Parangaba**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo **Nº P259472/2020**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido Sr. **Fabiano Batista Pessoa** por meio do Processo **Nº P259472/2020**.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Nome); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Jose Luis da Silva Belarmino).

Fortaleza, 29 de Setembro de 2020.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

P- 259472 / 20 D



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 101

PONTO DE APOIO: Perayalo

Nº DA OCORRÊNCIA: 0778

DATA: 31/08/20

TURNO: NT

EQUIPE: Xêdo sr / Jorgel

NOME: José Luis da Silva Belarmino

IDADE: 39

SEXO: M

ENDEREÇO: A. Dom Pedro 2

REFERÊNCIA: Coluna cervical e mto

QTY: 07:45

QUS: 07:48

QUR: 08:00

QUY: 08:15

BAIRRO: Perayalo

QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☒ RESPONSIVO
- ☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☒ PRESENTE
- ☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☒ PRESENTE
- ☐ AUSENTE

A

☒ PÉRVEAS

☐ OBSTRUÍDAS

POR:

B

PADRÃO RESPIRATÓRIO

- ☒ EUPNEICO
- ☐ TAQUIPNEICO
- ☐ BRADIPNEICO
- ☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☐ NORMAL
- ☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

- ☐ NORMAL
- ☐ ALTERADA:

AUSCULTA

- ☐ NORMAL
- ☐ ALTERADA:

C

PULSO

- ☒ NORMOCÁRDICO
- ☐ TAQUICÁRDICO
- ☐ BRADICÁRDICO

☒ CHEIO

- ☐ FILIFORME
- ☐ IMPALPÁVEL

PELE

- ☒ CORADA
- ☐ SUDOREICA
- ☐ PÁLIDA
- ☐ SECA
- ☐ CIANÓTICA
- ☒ QUENTE
- ☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

- ☒ ≤ 2 seg
- ☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

- ☐ SIM
- ☒ NÃO

D

ABERTURA OCULAR

- ☒ ESPONTÂNEA
- ☐ À VOZ
- ☐ À DOR
- ☐ NENHUMA

TOTAL: 15

PUPILAS:

- ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
- ☐ ALTERADAS:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

RESPOSTA VERBAL

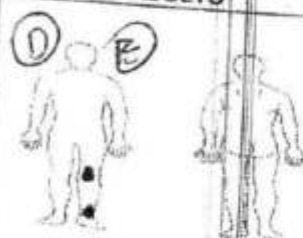
- ☒ ORIENTADO (A) / SORRI (P)
- ☐ CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P)
- ☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
- ☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEME (P)
- ☐ NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

- ☒ OBEDECE A COMANDOS
- ☐ LOCALIZA A DOR
- ☐ MOVIMENTO DE RETIRADA
- ☐ FLEXÃO ANORMAL
- ☐ EXTENSÃO ANORMAL
- ☐ NENHUMA

E

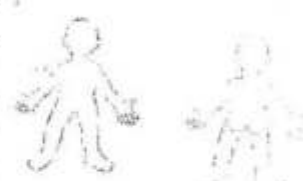
ADULTO



LESÕES

Reformulados as pernas e braços (pernas fraturas em fêmur e fíbula) e ulna

PEDIÁTRICO



FC: 72

PA: Falta

SAMPLA

FR: 20

GLIC: /

OXIM: 99

TEMP:

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE
SAMPLA: S - SINAIS E SINTOMAS; A - ALERGIAS; M - MEDICAÇÕES; P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ; L - LÍQUIDOS/ALIMENTOS; A - AMBIENTE



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Jose Luis da Silva Belarmino** - C.P.F. - **642.602.593-34**, no dia **31/08/2020**, às **07h48min**, na **Rua Pedro Segundo**, no **Bairro Parangaba**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo **Nº P259472/2020**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido Sr. **Fabiano Batista Pessoa** por meio do Processo **Nº P259472/2020**.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Nome); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Jose Luis da Silva Belarmino).

Fortaleza, 29 de Setembro de 2020.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

P- 259472 / 20 D



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 101

PONTO DE APOIO: Peraryalo

Nº DA OCORRÊNCIA: 0778

DATA: 31/08/20

TURNO: NT

EQUIPE: Xêdo sr / Jorgel

NOME: José Luis da Silva Belarmiro

IDADE: 39

SEXO: M

ENDEREÇO: A. Dom Pedro 2

REFERÊNCIA: Coluna cervical e mto

QTY: 07:45

QUS: 07:48

QUR: 08:00

QUY: 08:15

BAIRRO: Peraryalo

QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☒ RESPONSIVO
- ☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☒ PRESENTE
- ☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☒ PRESENTE
- ☐ AUSENTE

A

PERVEAS

OBSTRUÍDAS

POR:

B

PADRÃO RESPIRATÓRIO

- ☒ EUPNEICO
- ☐ TAQUIPNEICO
- ☐ BRADIPNEICO
- ☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☐ NORMAL
- ☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

- ☐ NORMAL
- ☐ ALTERADA:

AUSCULTA

- ☐ NORMAL
- ☐ ALTERADA:

C

PULSO

- ☒ NORMOCÁRDICO
- ☐ TAQUICÁRDICO
- ☐ BRADICÁRDICO

CHEIO

- ☐ FILIFORME
- ☐ IMPALPÁVEL

PELE

- ☒ CORADA
- ☐ PÁLIDA
- ☐ CIANÓTICA
- ☐ SUDOREICA
- ☐ SECA
- ☒ QUENTE
- ☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

- ☒ ≤ 2 seg
- ☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

- ☐ SIM
- ☒ NÃO

D

ABERTURA OCULAR

- ☒ ESPONTÂNEA
- ☐ À VOZ
- ☐ À DOR
- ☐ NENHUMA

TOTAL: 15

PUPILAS:

- ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
- ☐ ALTERADAS:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

RESPOSTA VERBAL

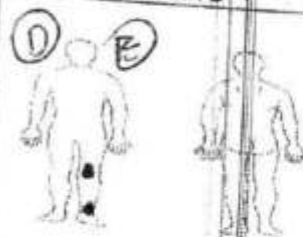
- ☒ ORIENTADO (A) / SORRI (P)
- ☐ CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P)
- ☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
- ☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEME (P)
- ☐ NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

- ☒ OBEDECE A COMANDOS
- ☐ LOCALIZA A DOR
- ☐ MOVIMENTO DE RETIRADA
- ☐ FLEXÃO ANORMAL
- ☐ EXTENSÃO ANORMAL
- ☐ NENHUMA

E

ADULTO



LESÕES

Reformulados an ferno
expansão (porque fraturas
an ribs e fíbula) e ulna
em fábula.

PEDIÁTRICO



FC: 72

PA: Falta

SAMPLA

FR: 20

GLIC: /

OXIM: 99

TEMP:

signo ulnar e comorbidade. Signo ulnar e parestesia
signo no caso em estudo. Signo ulnar e parestesia
relatório de no membro inferior. Parestesia
signo ulnar. exposto nervo no caso. per tendão.

0001

Nome Fictício - Conta de Energia Fictícia Grupo B1 - Sem Vencimento | 080158229
Companhia Energética de Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza - CE | CEP 60135-040
 CNPJ 07.047.281/0001-70 | CDE 06.105.948-3

Esta é a sua conta de
 09/2020

Nº DO CLIENTE
 7685586

VENCIMENTO
 25/10/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
 115,28

DATA EMISSÃO
 14/09/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome FRANCISCA GLEICIANE DA SILVA OLIVEIRA
 Endereço RU MARIA LUIZETE BEZERRA LOPES 00009 CS FUNDOS
 60110-000 FORTALEZA (ITAPERI)
 Classificação Residencial Perto
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.
 Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5401534-EUS-251 - FOMEDUCS

CPF / CNPJ
 038.422.993-03

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 888E 60C2 D038 2147 001A 310E FEA8 498E

DATAS DE LEITURA
 Anterior 13/08/2020 Atual 14/09/2020 Próx. Próx. Leitura 15/10/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Consumo Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFR	3642.00	3703.00	142.00	0.00	0.00	0.00	1.00	142.00	142.00	0.7948	105.86

DESCRIÇÃO DA CONTA

CP - LUM FUS INEP MUNIC

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
142	0.7948	105.86

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	A Excessar	Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
0	0	0

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PMF/ASEP	77.10	0.1100	0.07
DDF/MS	77.10	0.3100	0.24
ICMS	105.80	27.00	28.50

ATENÇÃO

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
07/2019	0.47
	0.47

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Sáb. Tarif. Verde: 1405 - 1408

838300000001-2 15280031300-2 27810574807-1 00007685586-4



0001

0001

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B1 - Sem Vencimento 080158229
 Companhia Energética de Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
 CNPJ 07.047.281/0001-70 | CDE 06.105.948-3

Esta é a sua conta de
 09/2020

Nº DO CLIENTE
 7685586

VENCIMENTO
 25/10/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
 115,28

DATA EMISSÃO
 14/09/2020

DADOS DO CLIENTE
 Nome FRANCISCA GLEICIANE DA SILVA OLIVEIRA
 Endereço RU MARIA LUIZETE BEZERRA LOPES 00009 CS FUNDOS
 60110-000 FORTALEZA (ITAPERI)
 Classificação Residencial Perto
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.
 Ligação MONOFÁSICO
 Medidor 5401534-EUS-251 - FOMEDUCS

CPF / CNPJ
 038.422.993-03

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 880E 60C2 D038 2147 001A 310E FEA8 498E

DATAS DE LEITURA
 Anterior 13/08/2020 Atual 14/09/2020 Próx. Próx. Leitura 15/10/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Consumo Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFR	3642.00	3703.00	142.00	0.00	0.00	0.00	1.00	142.00	142.00	0.79488	105.40

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
Consumo	142	0.79488
		9.88
		105.40

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	A Exceder	Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido: 0 kg CO₂ Compensado: 0 kg CO₂ Consciência Ecológica: 0%

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PMF/ASEP	77.10	0.1100	0.07
DDF/MS	77.10	0.3100	0.24
ICMS	105.60	27.00	28.90

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
07/2019	0.47
	0.47

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Bnd. Tarif. Verde: 1405 - 1408

838300000001-2 15280031300-2 27810574807-1 00007685586-4



0001



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

68547684



21/09/2020 17:46:55

Idade

39

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

Prontuário

Nome do Paciente

14511444

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Sexo

M

Nascimento

12/04/1981

RG

CPF

Carteira Profissional

200002257810-SSP CE

64260259334

Estado Civil

1-CASADO

Endereço

R MATO GROSSO, 547 - PAN AMERICANO, FORTALEZA(CE) CEP 60440825

Telefone Residencial

Telefone Trabalho

989714411

DADOS DO CONVENIO

Convenio

22 HAPVIDA

1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CIUTI ENFERMARIA -

COLETIVO

Carteira

Validade

19664000187008016

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data

Hora

Matricula

Tipo Atendimento

31/08/2020

08:29

6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente

2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Clinica

6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg)

Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - (1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:48

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68547684

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [1]

Nº: 58005264 31/08/2020 às 15:52

ANAMNESE

Queixa Principal

SOLICITADO TTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO APOS
VISUALIZAÇÃO DE FRATURA GRAVE EM TOMOGRAFIA COM
ACOMETIMENTO DE PILAO TIBIAL

[1]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO ZLOBE

Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:49

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68547684 Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4
Profissional(is): MAYKON NUNES TIBA, ENFERMEIRO(A), COREN 590805 [1] Nº: 58009776 31/08/2020 às 17:39

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução De Enfermagem Emergência

PLANTÃO 31/08/2020 MT

J. L. S. B. MASCULINO, 39 ANOS.

HD: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

ALERGIA: DÍPIRONA

COMORBIDADES: NEGA

PULSEIRA: MSE

CONV: HAPVIDA

PROCEDÊNCIA: SAMU

PACIENTE ADMITIDO EM EMERGÊNCIA CLÍNICA ÀS 08:40 PELO SAMU ACOMPANHADO DE FCA GLEICIANE, APÓS COLISÃO AUTOMOBILÍSTICO: AVALIADO POR TRAUMATOLOGISTA QUE SOLICITOU EXAMES E APÓS RESULTADOS SOLICITOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, AFEBRIL, ACAMADO, SSVV ESTÁVEIS, EUPNEICO EM AA, EM DIETA ZERO CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, AVP EM MSE EM HV, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS SIC

EXAMES: RX, TC E LAB (31/08)

ORIENTADO SOBRE PROCEDIMENTO, JEJUM DE 8 HORAS, REALIZADO BANHO PRÉ OPERATÓRIO E RETIRADA DE ADORNOS

AGUARDA AUTORIZAÇÃO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCO

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: manter cabeceira elevada.

RISCO DE QUEDA: manter leito com grade elevada.

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: atenção ao manuseio, orientar o paciente quanto aos dispositivos em uso.

RISCO DE LP: realizar mudança de decúbito, utilizar boxin e travesseiros. Manter colchões pneumáticos.

RISCO DE FLEBITE: inspecionar membro acometido com dispositivo periférico, realizar desinfecção das conexões, monitorar temperatura e avaliar sinais de desconforto no local do CVP

[1]

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:49

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68547684

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): ELIENE MENDES AMORIM COREN 855669 [1]

Nº: 57987449 31/08/2020 às 09:15

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem

Sim

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

TRAMAL AMPL 100.00MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 09:15, EM 31/08/2020 POR ELIENE MENDES AMORIM, COREN/CE 855669.

[1]

SORO FISIOLÓGICO 0,9% TUBO 1000.00ML EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 09:15, EM 31/08/2020 POR ELIENE MENDES AMORIM, COREN/CE 855669.

SINAIS VITAIS REALIZADO AS 09:15, EM 31/08/2020 POR ELIENE MENDES AMORIM, COREN/CE 855669.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[1]

Queda Adulto (Morse)

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[1]

Flebite

[1]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 26082

Assinatura

Data Inicial: 22/05/2020	Atendimento: 66547684	Médico prescriptor:		Consultar	PDF	Histórico
Data Final: 31/05/2020	Prontuário:	Convenio:				
Carteira:	☐ Atendimentos com alta administrativa ☐ Atendimentos com pendências no prontuário		☐ Atendimentos liberados pela auditoria ☐ Atendimentos liberados pela enfermagem		T2188	T43A8

Documentos

Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	DI Nascimento	Sexo	Nome	
31/05/2020 08:25 - CONSULTA TRAUMATOLOGO	66547684	14511444	JOSE LUIS DA SILVA DELARMINO	12/04/1981	394 54 090	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta

Imp. por Tipo de Documento

Nome do Mês: ROCHÊDE DA SILVA DELARMINO

Nome do Paciente

Tipos de documentos

- 1 Registro Médico
- 2 **Formulário de Atendimento na Emergência**
- 3 Prescrição Médica
- 4 Receita Médica Especial
- 5 Receitas Médicas
- 10 Atestado Médico
- 11 Declaração
- 6 Pareceres Médicos
- 5 Solicitação de Parecer Médico
- 4 Admissão do Paciente
- 3 Evolução Médica
- 17 Prescrição de Medicamentos

Ver histórico de digitalizações

Visualizar

Data Hora	Profissional
31/05/2020 15:43:42	
31/05/2020 10:35:15	
31/05/2020 08:38:43	

Imprimir Doc. Assinado

Situação
ASSINADO
ASSINADO
ASSINADO

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura

NOTA DE SALA

5042836

Atendimento:	68564444	Prontuário:	14511444	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	HAPVIDA
Cirurgia(s):	30727189	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURAS DE TIBIA COM	Tipos Anestesia:	RAQUE+SEDACAO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 01	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	1018
Equipe Médica:	CIRURGIAO	2574640	DEGINALDO HOLANDA CHAVES	CRM	13202
	ANESTESISTA	3723828	EDMAR CARDOSO BARBOSA JUNIOR	CRM	14454
	CIRCULANTE	3152896	TARCISIA SOUZA DA SILVA	COREN	348113

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	36811	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML 2.5 ML AMPL 2.5 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	38075	DIAZEPAM 10MG/2ML SOL INJ. AMPL AMPL 2 ML	1
118455	AGULHA DESC. DE RAQUE N.25 - 1 UD	1	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
118455	AGULHA DESC. DE RAQUE N.28 - 1 UD	1	48194	MARCAINA PESADA 0.5% AMPL 1 UD	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	59608	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ. AMPL 20ML AMPL 20 ML	2
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	43800	SORO FIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	50	83941	SUFENTANIL 10MCG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 1 UD	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	39543	TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2	45260	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2			
81866	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200			
112712	CLOREXEDINA DERMEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	300			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4			
134084	EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4.5M TUBO 450 CM	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
25534	FAIXA DE SMARCH 10CM ROLO 1 UD	2			
130987	FIXADOR EXTERNO LINEAR - 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5			
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	2			
30635	LUIVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUIVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
30660	LUIVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	3			
30678	LUIVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
30686	LUIVA DESC. ESTERIL N-8,5 - 1 PA	5			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	80			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	2			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

31/01/2010



ANTONIO
PRUDENTE

Nome: JOSE LUIS DA SILVA
Idade: 34 Peso: ± 70 kg
Fronteário: 14511444
Diagnóstico: Fratura, Luxação
Cirúrgia: Fixação Externa Anestesia:
Cirurgião:

Sexo: F () M ☒

Convenio: Hoof p.k.
Tijdschrift en
Zaak en overstaar

ASA: LG

D. A. DEJINALDO

21. 50

77. ✓

LIQUIDOS

SFO.91 (50mm) + RL (JL)

Proprietor interest Continues

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NAO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂ 100%	120/80	100%	100%	120/80
ETCO ₂				
PVE				

30 ml

RF

Ref

na

ru

Spuch.
Fines apitz.
34/3/100

Die Zahlen 10 m

* Punct ōmnia variabilis. Lz. Ly Lem Præstoria (E) des Asper
Rugosa CTM > speciosa DQ St. 150 m
Zabulina stria multidentata ALAL

(EV) Dexam + brown 80mg + Propomid 100mg + KUFAROL 2g
 Líquidos Volume Perda Volume Salinço Entubação: 08

liquids

VOLUME

PERODI

VOLUME

4

51 87 60

Condition final op

Intercorrâncias per op:

Ass. Anestesiist - CRM

Posição: 4/0 Local da Função:
 Agulha: Têcnico: R. Aguiar,
 Início: 21:00 Final: 17:00

Dr. Edmar Cardoso B. M.
Médico Anestesiologista
CREMEC 16714

FICHA DE ANESTESIA REF.: 74411

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANTAX		ROCEFIN 1g	
ADRENALINA amp		RAPIDEN	
ATLANSIL amp 150 mg/ml		SEVORANE	
ATROPINA 0,25 mg/amp		SOLU-CORTEF 500 mg	
BICARBONATO DE SODIO amp		SUFENTA ml 2 ml	1
CLONIDIN 150 mc		TRANSAMIN	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% amp		THIONEMBUVAL 0,5 mg	
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	1
CLEKANE 20 mg/amp		TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4 mg FR 2,5 ml		TRACOPM 25 mg/ amp	
DIAZEPAN 10 mg		ULTIVA 2 mg	
DIAMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml)		XILOCAÍNA amp 5/AD 5 ml 2%	
DIAMORF 10 mg		XILOCAÍNA C/A 2% ml	
DIPRIVAN amp 20 ml	(2x)	XILOCAÍNA PESADA 5% amp	
DIPRIVAN seringa 50 ml PFS		XILOCAÍNA S/A 2% ml	1 F = 20 ml
DIPRIVON amp		XILO-GEL	
ORAMIN 86 DL IV			
DOLANTINA amp			
DOPAMINA			
DORMONID 15 mg/amp			
DORUTREX amp			
EGORTIL amp			
ERGOTRATE 0,2 mg/amp			
ESMERON			
FLAGYL 500 mg		SORO	
FENTANI amp		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	1
GLUCONATO DE CÁLCIO		SORO-GLICOSADO 0,5% 500 ml	
FORANE		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	
HIDROCORTISONA 500 mg		SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ml	
HALOTHANO		SORO RINGER LACTATO 500 ml	1
HEPARINA		SOL. MANITOL 20% 250 ml	
HYPNOMIDATE 2 mg/ml		FRUTOSE	
INOVAL amp		VOLUVEN	
IPSON 1g			
KEFAZOL fr/ amp	2 fl.		
KEFON amp		SANGUE / HEMODERIVADOS	
KETALAR ml		PLASMA	QTE
LANEXAT amp		SANGUE	
LASIX amp		PAPA DE HEMÁCIAS	
MARCAÍNA C/A 0,5% amp		ALBUMINA	
MARCAÍNA PESADA amp			
MARCAÍNA S/A 0,5% amp			
METHERGIN amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	QTE
NILPERIDOL amp		CATETER VENOSO	
NIMBILUM 10 mg		EXTENSOR	1
NAUSEDRON 8 mg		EQUIPO DE SORO	1
NARCAN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	1
NAROPIN amp		SONDA TRAQUEAL	
NIPRIDE amp		AGULHA P/ PERIDURAL	
NORADRENALINA		SONDA NASOGÁSTRICA	
NORCURON		AGULHA P/ BACUE	1
NUBAIN amp		TORNEIRA TRÊS VIAS	1
OMEPRAZOL 400 mg FR		EQUIPO DE BOMBA	
ORASTINA amp 5 ul/ml		EQUIPO DE BOMBA FOTO	
PAVULON amp		AGULHA STIMOPREX	
PLANET amp			
PLASIL amp			
PROFENID IV			
PROSTIGMINE amp 0,5 mg			
QUELIGIN 100 mg/ vd			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesiologista - CRM

Edmar Cardoso B. Junior
Médico Anestesiologista
CRM-MG 19714

Justificativa Médica

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

31/08/2020 21:53

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133450/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 58017485 31/08/2020 às 21:50

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S82

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S82

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

31/08/2020

[1]

Hora Da Cirurgia

21:50

[1]

Cirurgia

FIXAÇÃO EXTERNA DE PERNA ESQUERDA

[1]

Cirurgião

DR DEGINALDO HOLANDA

[1]

1º Auxiliar

DR JOSE NEIAS

[1]

Anestesista

DR EDMAR

[1]

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS
3. REALIZADO DESBRIDAMENTO E LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0.9% DE FERIDA
4. REDUÇÃO INCRUENTA + MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO 350MM
5. CURATIVO
6. À RPA EM BOAS CONDIÇÕES.

[1]

Códigos Dos Procedimentos

30727189 2 FIXADOR DE TIBIA

[1]

OBS: HORARIO ESPECIAL

Dr. Deginaldo Holanda Chaves
CRM 13202
31/08/2020 21:53

NOTA DE SALA

5074355

Atendimento:	68564444	Prontuário:	14511444	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	HAPVIDA
Cirurgia(s):	30727138	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INC	Tipo Anestesia:	RAQUE+SEDACAO	
	30710057	RETIRADA DE FIXADORES EXTERNOS	30732026	ENXERTO OSSEO	
	30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	1018
Equipe Médica:	CIRURGIAO	2574640	DEGINALDO HOLANDA CHAVES	CRM	13202
	ANESTESISTA	3723828	EDMAR CARDOSO BARBOSA JUNIOR	CRM	14454
	CIRCULANTE	3152898	TARCISIA SOUZA DA SILVA	COREN	348113

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
31720	ÁGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	35181	ATROPINA 0.25 MG 1 ML AMPL 1 ML	3
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	139799	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD	1
27655	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	36811	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML 2.5 ML AMPL 2.5 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	40142	EFORTIL AMPL 1 UD	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	50	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	46019	LOSEC 40 MG FRAP 1 UD	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	48194	MARCAINA PESADA 0.5% AMPL 1 UD	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1.60 - 1 UD	2	124102	MORFINA 0.2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML	1
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
135865	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	6	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4.5M TUBO 450 CM	100			
31771	ETER ETILICO (UCOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) P/NEO - 1 UD	1			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
119496	FIO MONONYLON (11637) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	2	19	TAXA DE SALA	Início: 08:15 Fim: 10:15
118818	FIO J&J POLYCOT (SPA43T) - POLYCOT* BLUE 3-0 ENV 1 UD	1	4	TREPANO	Início: 08:15 Fim: 10:15
161605	FIO Q VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VLT 2 ENV 1 UD	1	20	OXIGENIO	Início: 08:15 Fim: 10:15
165583	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 08:15 Fim: 10:15
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8	16	MONITORIZAÇÃO	Início: 08:15 Fim: 10:15
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5	22	OXÍMETRO DE PULSO	Início: 08:15 Fim: 10:15
140444	HASTE INTRAMEDULAR BLOQ DE TIBIA C/PARAFUSOS - 1 UD	1			
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MI	2			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7.0 - 1 PA	2			
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/MRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	200			
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
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 SODIO amp		QUENTA ml	
CLONIDIN 150 mg		TRANSAMIN	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% amp		THIONEMBUVAL 0,5 mg	
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	
CLEXANE 20 mg/amp		TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4 mg FR 2,5 ml		TRACRIM 25 mg/ amp	
DIAZEPAN 10 mg		ULTIVA 2 mg	
DIMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml)	1	XILOCAÍNA amp S/AD 5 ml 2%	
DIMORF 10 mg		XILOCAÍNA C/A 2% ml	
DIPROVAN amp 20 ml		XILOCAÍNA PESADA 5% amp	
DIPRIAN seringa 50 ml PFS		XILOCAÍNA S/A 2% ml	
DIPRIONA amp		XILO-GEL	
DRAMIN BÉ DL IV			
DOLANTINA amp			
DOPAMINA			
DORMONID 15 mg/amp			
DOBLUTREX amp			
EFORTIL amp			
ERGOTRATE 0,2 mg/amp			
ESMERON			
FLAGYL 500 mg			
FENTANIL amp	1	SORO	QTE
GLUCONATO DE CÁLCIO		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	
FORANE		SORO-GLICOSADO 0,5% 500 ml	
HIDROCORTIZONA 500 mg		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	
HALOTHANO		SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ml	
HEPARINA		SORO RINGER LACTATO 500 ml	
HYPNOMIDATE 2 mg/ml		SOL MANITOL 20% 250 ml	1
INOVAL amp		FRUTOSE	
IPILON 1g		VOLUVEN	
KEFAZOL 1g/ amp	2		
KEPLIN amp		SANGUE / HEMODERIVADOS	QTE
KETALAR ml		PLASMA	
LANEXAT amtp		SANGUE	
LASIX amp		PAPA DE HEMÁCIAS	
MARCAÍNA C/A 0,5% amp	1	ALBUMINA	
MARCAÍNA PESADA amp			
MARCAÍNA S/A 0,5% amp			
METHERGIN amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	QTE
NILPERIDOL amp		CATETER VENOSO	
NIMBILUM 10 mg		EXTENSOR	
NAUSEDRON 8 mg		EQUIPO DE SORO	
NARCAN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	
NAROPIN amp		SONDA TRAQUEAL	
NIPRIDE amp		AGULHA P/ PERIDURAL	
NORADRENALINA		SONDA NASOGÁSTRICA	
NORCURON		AGULHA P/ RAQUE	
NUSAIN amp		TORNEIRA TRÊS VIAS	
OMEPRAZOL 400 mg FR		EQUIPO DE BOMBA	
ORASTINA amp 5 UI/ml		EQUIPO DE BOMBA FOTO	
PAVULON amp		AGULHA STIMOPREX	
PLAMET amp			
PLASIL amp			
PROFENID IV			
PROSTIGMINE amp 0,5 mg			
QUELIGIN 100 mg/ vd			
PROTAMINA			
Assinatura do Anestesiologista - CRM		Justificativa Médica	

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

02/09/2020 10:27

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133450/1

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 11332 [1]

Nº: 58087355 02/09/2020 às 10:14

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S82

Diagnóstico Cirúrgico

S82

[1]

DADOS DA CIRURGIA

[1]

Data Da Cirurgia

02/09/2020

Hora Da Cirurgia

10:14

[1]

Cirurgia

HASTE DE TIBIA

[1]

Cirurgião

FREDERICO THALES

[1]

1º Auxiliar

RAFAEL BEZERRIL

[1]

Anestesista

GUSTAVO

[1]

Descrição Cirúrgica

[1]

- 1-DECUBITO DORSAL APÓS ANESTESIA
- 2-ASSEPSIA E ANTESEPSIA
- 3-APOSIÇÃO DE CAMPOS
- 4-RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
- 5-INCISÃO INFRAPATELAR E ABERTURA POR PLANOS
- 6-INICIADOR NA TÍBIA PROXIMAL COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- 7-FRESAGEM DO CANAL COM ENXERTIA DO FOCO DE FRATURA
- 8-PASSAGEM DE HASTE COM BLOQUEIOS DISTAIES E PROXIMAIS
- 9-INCISÃO AO TORNOZELOE ABERTURA POR PLANOS
- 10-RAPARO LIGAMENTAR
- 11-RX DE CONTORLE
- 12-HEMOSTASIA E LAVAGEM COM SORO
- 13-SUTURA POR PLANOS
- 14 - CURATIVO

[1]

Códigos Dos Procedimentos

30720057

30727138

30732026

30728142

[1]

FREDERICO THALES DE VASCONCELOS
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11332

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/09/2020 09:34

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	

Profissional(is):	KELVYA DELFINO MARQUES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1527617	Nº: 58064050	02/09/2020	às 08:55
	[1] KELVYA DELFINO MARQUES COREN 1527617 [2]			

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	02/09/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	08:05	[1]
Cirurgia	FASCIOTOMIA	[1]

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	SIM.	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	SIM.	[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	Esquerda.	[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]
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]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
	SIM.	

Handwritten signature and date: 02/09/2020

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/09/2020 09:34

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

Leito: 1018/1

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.

[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]



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO

Paciente: JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO, 39 ANOS

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

Assinatura do enfermeiro

Maykon Nunes Tiba
CCREN-CE 580.805-ENI

Assinatura do enfermeiro Líder

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc. 12/04/1981 Atendimento: 68564444
Convênio: HAPVIDA Nº Prescrição: 27778750 31/08/2020 às 21:45 Pronto-socorro 34511444
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 13345011 Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE		33h	ORAL	CRM-13202
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol Total: 500 ml	7.00 g/sim	Acesso Periférico	CRM-13202
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	20.83 ml/caldia	500 ml		
3. CEF AZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	8/8h EV	CRM-13202
4. CETOPIROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h EV	CRM-13202
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml			
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h EV	CRM-13202
Água Destilada	18 ml			
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h EV	CRM-13202
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml			
7. PLAMEI (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h EV	CRM-13202
Água Destilada	18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIM				CRM-13202
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA				CRM-13202
10. PUNÇÃO C/ JEICO				CRM-13202
11. SINAIS VITAIS				CRM-13202
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS				CRM-13202
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC				CRM-13202
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEIO				CRM-13202
15. COMPRESSÃO COM ETER				CRM-13202

Profissionais: CRM-13202 DECINALDO HOLANDA CHAVES

[Assinatura]

[Assinatura]
Sistema de Informação da Saúde
COP-EN 155223

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Atividade
Página 1 de 3
A Diferença

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontuário: 14511444
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 002778750 31/08/2020 às 21:45
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 1334501 018.1 Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

Prescritor: CRM-13202

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 500 ml 7 gts/min Acesso Periférico

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

Prescritor: CRM-13202

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/100g) 8/8h EV

(D1/2) Agua Destilada 10ml

01/09-05:00

Prescritor: CRM-13202

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

Soro Fisiológico 0,9% 100ml

01/09-05:00

Prescritor: CRM-13202

5. DIFERONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2ML (AMP C/500MG) 6/8h EV

Agua Destilada 18ml

01/09-05:00

Prescritor: CRM-13202

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2ML (AMP C/50MG) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100ml

SN

Alta vigilância

Prescritor: CRM-13202

7. PLAME 1 (5.00mg/ml) 10mg 2ML (AMP C/10MG) 8/8h EV

Agua Destilada 18ml

01/09-05:00

Prescritor: CRM-13202

8. SONDA GEM VESICAL DE ALIVIO Prescritor: CRM-13202 SN

9. CURATIVO MEDIO-SF-GAZE Prescritor: CRM-13202

Italo T. Barros
CRM-13202

Rafael Barros
CRM-13202

Rafael Barros
CRM-13202



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontuário: 14511444
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0027778750 31/08/2020 às 21:45
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133450/1 Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

10. PUNCAO C/ JELCO	SN
Prescritor: CRM-13202	
11. SINAIS VITAIS	
Prescritor: CRM-13202	
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS	
Prescritor: CRM-13202	
13. RETIRADA DE DRENO DE	SN
Prescritor: CRM-13202	
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE	
Prescritor: CRM-13202	
15. COMPRESSÃO COM ETER	SN
Prescritor: CRM-13202	
Profissionais: CRM-13202	DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Observação para o SNIC
ENTEROFIX Apos Legenda horário : Indica item não administrado.
Indica item checado.

Italo L. L. Barros
Médico - CRM 672

Rafaela Barros
COREN-CE 514.235 - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 01/09/2020 00:29

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	DI Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0027778750	31/08/2020 às 21:45	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1	Peso: 80.00 kg	

Rafaela Barros
2021/08/25 - ENF

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27777502	31/08/2020 às 18:30	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1	Enfermeiro(a):	MAYKON NUNES TIBA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Manhã Tarde Noite

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

BANHO PRÉ OPERATORIO Mantido:

RENOVAR ACESSO VENOSO Mantido:

OBSERVAR SINAIS FLOGISTICOS Mantido:


Maykon Nunes Tiba
COREN-CE 580.805-ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 88564444	Prontuário: 14513444
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27780115	01/09/2020 as 01:55	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	Enfermeiro(a): RAFAELA MARIA DA SILVA BARROS	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRURGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Manhã	Tarde	Noite
Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Manhã	Tarde	Noite

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

Relacionado a: DOR OU DESCONFORTO

ORIENTAR HIGIENE CORPORAL/ORAL/INTIMA	Manhã	Tarde	Noite
---------------------------------------	-------	-------	-------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã	Tarde	Noite
RENOVAR ACESSO VENOSO	Manhã	Tarde	Noite

11 - TERMORREGULAÇÃO INEFICAZ

Relacionado a: FLUTUAÇÃO DA TEMPERATURA AMBIENTE

MONITORAR TEMPERATURA CORPÓREA	Manhã	Tarde	Noite
--------------------------------	-------	-------	-------

Rafaela Barros
COREV-05-15-135-15V

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27780116	01/09/2020 às 01:57	
Posto: POSTO 1B	Leito: 101A/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: RAFAELA MARIA BARROS DE FRANCA (COREN 544235)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
ATIVIDADE MOTORA	Manhã	Tarde	Noite
CIANOSE EXTREMIDADES	Manhã	Tarde	Noite
PADRAO RESPIRATORIO	Manhã	Tarde	Noite
Pressão Arterial	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Manhã	Tarde	Noite
INTEGRIDADE FÍSICA E MENTAL	Manhã	Tarde	Noite
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Manhã	Tarde	Noite
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	Manhã	Tarde	Noite
5 - ESTIMULAR			
ESTÍMULO A MOBILIZAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
AUTO-CUIDADO	Manhã	Tarde	Noite
6 - OFERECER			
APOIO PSICOLÓGICO	Manhã	Tarde	Noite
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO A ROTINA DO SET	Manhã	Tarde	Noite
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Rafaela Barros
COREN 544235 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27777524	31/08/2020 às 18:31	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: MAYKON NUNES TIBA (COREN 580805)			
2 - RENOVAR/IDENTIFICANDO			
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Mantido		
3 - REALIZAR/REGISTRANDO			
APOIO PSICOLÓGICO	Mantido		
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Mantido		
4 - SUPERVISIONAR			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	Mantido		
5 - INSTALAR			
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Mantido		
6 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido		
9 - ORIENTAR			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Maykon Nunes Tiba
MAYKON NUNES TIBA
CE 580.805-ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

01/09/2020 01:54

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	
Profissional(is): RAFAELA MARIA DA SILVA BARROS, ENFERMEIRO(A), COREN 544235 [1]	Nº: 58021342	01/09/2020	AS 01:46

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid	[1]
Evolução de enfermagem	PLANTÃO NOTURNO 31/08 - 01/09 PCTE J. L. S. B. 39 ANOS, SEXO MASCULINO. HD: POI DE CORREÇÃO DE FRATURA PERNA E - COM FIXADOR EXTERNO. COMORBIDADE: NEGA ALERGIA: NEGA #PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 1B, PROVENIENTE DA RPA, NO POI DE CORREÇÃO DE FRATURA PERNA E - COM FIXADOR EXTERNO. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NEEN. COOPERATIVO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, MANTENDO PADRÃO RESPIRATÓRIO CONFORTÁVEL, SPO2 98% FC 92 SSVV. ESTÁVEIS: NORMOTENSO, NORMOCARDICO, NORMOTERMICO. AO EXAME FÍSICO: HIDRATADO, NORMOCORADO, ACIANOTICO, EXTREMIDADE BEM PERFUNDIDA, TORAX SIMETRICO, ABDOME SEMI GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, PELE ÍNTEGRA PARA LPP, COM AVP EM MSE PERVIO PARA HV - TERAPIA MEDICAMENTOSA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, EM ESQUEMA DE ATB: CEFAZOLINA D1/2, PULSEIRA EM MSE, AGUARDA DIURESE ESPONTÂNEA, EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO, CURATIVO ÍNTEGRO E LIMPO COM GAZES E ATADURAS EM PERNA E, SEM QUEIXAS ALGICAS. SEGUIE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. GERENCIAMENTO DE RISCO: RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS. RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO. RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM AVP, REALIZAR DESINFECÇÕES DAS CONECÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO AVP. RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA: OBSERVAR PRESENÇA DE BEXICOMA.	[1]
ALERGIAS		
Alergias	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE DOR		
Dor (0 A 10)	0	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]
Queda Adulto (Morse)	BAIXO RISCO	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
Especificar	MSE - PERVIO EM HV - TM	[1]
Antimicrobianos	Sim	[1]
Antimicrobianos		
Especificar	KETAZOL 2G	[1]

Rafaela Barros
COREN-CE 544.235 - ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 18:30

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68564444	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1	
Profissional(is): MAYKON NUNES TIBA, ENFERMEIRO(A), COREN 580805 [1]	Nº: 58011683	31/08/2020	às 18:29

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid.	[1]
-------------------------------	---------------------	-----

Evolução de enfermagem	# PLANTÃO 31/08/2020 MT # J. L. S. B. MASCULINO. 39 ANOS. # HD: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA # ALERGIA: DAPIRONA # COMORBIDADES: NEGA # PULSEIRA: MSE # CONV: HAPVIDA # PROCEDÊNCIA: SAMU # PACIENTE ADMITIDO EM EMERGÊNCIA CLÍNICA ÀS 08:40 PELO SAMU ACOMPANHADO DE FCA GLEICIANE, APÓS COLISÃO AUTOMOBILÍSTICO. AVALIADO POR TRAUMATOLOGISTA QUE SOLICITOU EXAMES E APÓS RESULTADOS SOLICITOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE TIBIA ESQUERDA. # PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, AFEBRIL, ACAMADO, SSVV ESTAVEIS, EUPNEICO EM AA. EM DIETA ZERO CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. AVP EM MSE EM HV. DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. SONO E REPOUSO PRESERVADOS SIC. # EXAMES: RX, TC E LAB (31/08) # ORIENTADO SOBRE PROCEDIMENTO, JEJUM DE 8 HORAS, REALIZADO BANHO PRÉ OPERATÓRIO E RETIRADA DE ADORNOS # INTERNADO AGUARDANDO CC CHAMAR. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE. # GERENCIAMENTO DE RISCO: RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: manter cabeceira elevada; RISCO DE QUEDA: manter leito com grade elevada; RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: atenção ao manuseio, orientar o paciente quanto aos dispositivos em uso; RISCO DE LP: realizar mudança de decúbito, utilizar coxin e travessieiros. Manter colchões pneumáticos. RISCO DE FLEBITE: inspecionar membro acometido com dispositivo periférico, realizar desinfecção das conexões, monitorar temperatura e avaliar sinais de desconforto no local do CVP	[1]
------------------------	--	-----

DISPOSITIVOS

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


Maykon Nunes Tiba
 COREN-CE 580.805-ENT

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 22:59

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 215-RP/1

Profissional(is): BENEDITO BARBOSA HOLANDA JUNIOR, ENFERMEIRO(A). COREN 403240 Nº: 58018657 31/08/2020 às 22:46
[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19

Paciente Não Covid

[1]

Evolução de enfermagem

PCTE J L S B, 39 ANOS, SEXO MASCULINO, FOI ADMITIDO NA RPA, PROVENIENTE DO CC NO POI DE CORREÇÃO DE FRATURA PERNA E - COM FIXADOR EXTERNO. EVOLUI SONOLENTO AINDA SOB EFEITO RESIDUAL DA ANESTESIA: SEDAÇÃO + RAQUI. ESTÁ CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHBs COOPERATIVO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, HIDRATADO, NORMOCORADO, PELE ÍNTEGRA PARA LPP, NORMOTENSO, NORMOCARDÍCO, AFEBRIL, APRESENTOU LEVE HIPOTERMIA NA ADMISSÃO SENDO AQUECIDO POR MANTA TÉRMICA, COM AVP EM MSE PÉRVIO PARA HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, PULSEIRA EM MSE, AGUARDA DIURESE ESPONTÂNEA, EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO, CURATIVO ÍNTEGRO E LIMPO COM GAZES E ATADURAS EM — PERNA E SEM QUEIXAS ALGICAS

[1]

COMORBIDADES: NEGA
ALERGIAS: NEGA
ESCALA ALDRETE E KROULIK: 08

SEGUE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL AGUARDA ALTA ANESTÉSICA, PARA SER ENCAMINHADO A UNIDADE DE INTERNAÇÃO PARA CUIDADOS PÓS-SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

PA: 109 X 63 MMHG, FC: 92 BPM, FR: 16 RPM, SATO2: 100%

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS.
RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.
RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM AVP, REALIZAR DESINFECÇÕES DAS CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO AVP.
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA: OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

AValiação DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

Perda De Dispositivos

Sim

[1]

Queda Adulto (Morse)

BAIXO RISCO

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSE - PÉRVIO EM HV + TM

[1]

Antimicrobianos

Sim

[1]

Antimicrobianos

KEFAZOL 2G

[1]

Especificar

Benedito Barbosa Holanda Jr
Enfermeiro
COREN 403.240

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

FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nome do paciente: Jose Luiz da Silva Beltrame Data de nascimento: 04.08.1981 - 39 anos

Data: 31.08.20 Horário: 22:00 Cirurgia Realizada: fractura de fíbula

Hora da admissão na R.A.: 22:30 Anestesia: At. Hipnótico

CONTROLES:

PERÍODO	HORA	TEMP.	FC	FR	PA	SPO ₂	DOR/SCORE	ELEGÍVEL PARA PUÉRPERA LÓQUIOS - RUBRO
a cada 15 min	22:00	36,1	60	18	105/54	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	22:15	36,1	59	19	105/54	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	22:30	36,1	58	18	105/54	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	22:45	36,3	58	19	105/54	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	23:15	36,4	60	19	105/54	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	23:45	36,3	61	19	105/54	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora	00:15							() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados

Técnico de Enfermagem: Angela Hora: 22:00

Assinatura e carimbo: [Assinatura]

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]

Assinatura e carimbo: [Assinatura]

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1
	Apneia	0
Circulação	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	2
	Pressão arterial em 20% a 49% do nível pré-anestésico	1
	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação	Capaz de manter saturação de O ₂ > 92% respirando ar	2
	Necessita de O ₂ suplementar para manter a saturação de O ₂ > 90%	1
	Saturação de O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0

Médico: [Assinatura]

Assinatura e carimbo: [Assinatura]

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

CREME: [Assinatura]

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

Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pelo paciente, antes de sua alta para o lar ou para a enfermaria.

Assinatura e carimbo: [Assinatura]

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA
Posto: FOSIO 18

Dr. Nasc. 12/04/1981
Nº Prescrição: 27778771
Letto: 10181
01/09/2020 às 06:00

Atendimento: 68564444
Prontuário: 14511444
Peso: 80,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	CRM-8260
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 2083 ml mMcalcêlia	500 ml	CRM-8260
3. CEF AZOLINA SODICA (1.00g) (D2/2)	1g	1FRAP (FRAP C/ 1GR)	CRM-8260
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1FRAP (FRAP C/ 100MG)	CRM-8260
5. DIFERONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2ML (AMP C/ 500MG)	CRM-8260
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2ML (AMP C/ 100MG)	CRM-8260
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2ML (AMP C/ 10MG)	CRM-8260
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO			CRM-8260
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA			CRM-8260
10. PUNÇÃO C/ JELCO			CRM-8260
11. SINAIS VITAIS			CRM-8260
12. GETO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS			CRM-8260
13. RETIRADA DE DRENO DE POROVAC			CRM-8260
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO			CRM-8260
15. COMPRESSÃO COM ITER			CRM-8260

Profissional: CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

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

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontuário: 14511444
Convenio: HAP/VIDA Nº Prescrição: 002778771 01/09/2020 às 06:00
Posto: POSTO 1B Leito: 1018/1 Peso: 80,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

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

Prescritor: CRM-8260

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 500 ml 7 gls/min Acesso Periférico 02/09 - 05:00 :
Venosa SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500ml
Prescritor: CRM-8260
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV 13:00 : 21:00 : 02/09 - 05:00 :
(02/2) Agua Destilada 10ml

Prescritor: CRM-8260

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV 13:00 : 21:00 : 02/09 - 05:00 :
Soro Fisiológico 0,9% 100ml

Prescritor: CRM-8260

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV 11:00 : 17:00 : 23:00 : 02/09 - 05:00 :
Agua Destilada 18ml

Prescritor: CRM-8260

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV SN 12:00 : 02/09 - 05:00 :
Soro Fisiológico 0,9% 100ml

Alta vigilância Prescritor: CRM-8260

7. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV 13:00 : 21:00 : 02/09 - 05:00 :
Agua Destilada 18ml

Prescritor: CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO SN
Prescritor: CRM-8260

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE 02/09 - 05:00 :
Prescritor: CRM-8260

ALERGIA:
DIPIRONA

Jordana Brito
COREN-552219-ENF

PRESCRIÇÃO N. 11CA - Aprazamento

Emissão: 01/09/2020 09:20

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontoatendimento: 14511444
 Convênio: HAFVITA Nº Prescrição: 0027778771 01/09/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 1B Leito: 1018/1 Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

10. PUNÇÃO C/ JELCO	SN	
Prescritor: CRM-8260		
11. SINAIS VITAIS		
Prescritor: CRM-8260		
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		
Prescritor: CRM-8260		
13. RETIRADA DE DRENO DE	SN	
Prescritor: CRM-8260		
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE		02/09 - 05:00
Prescritor: CRM-8260		
15. COMPRESSÃO COM ÉTER	SN	
Prescritor: CRM-8260		
Profissionais: CRM-8260	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	

Reservado para o SIND

ENTEROFIX _____ Ass. _____

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

Italo F. M. Brito
 Médico CRM-8218
 Equipe

Italo F. M. Brito
 COPENCE 532118 - ENF