



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02472775120218060001
Classe do Processo:	Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora:	30/06/2023 16:47:14

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	---

Arquivos

Petição:	2823337_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_01 - 1- 3.pdf
Documentação:	2823337_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 1-36.pdf
Documentação:	2823337_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 37-50.pdf
Documentação:	2823337_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 03 - 1-31.pdf
Documentação:	2823337_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 03 - 32-50.pdf
Documentação:	2823337_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 04 - 1-35.pdf
Documentação:	2823337_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 04 - 36-51.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Processo: 02472775120218060001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE LUIZ DA SILVA BELARMINO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 29 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

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 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): 85-98971441

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)

AGÊNCIA: 0452 9 CONTA: 10265 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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 neto(neta) (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 ☐ 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 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 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)



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 BELTRUINO

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 BELS RUINO

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 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): 85-989714411

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 93 CONTA: 10265 02
(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 BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(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 ☐ 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(S) BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(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

FUT Lajeza

VEÍCULO: 101

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

DATA: 31/08/20

PONTO DE APOIO: Peraryalo

Nº DA OCORRÊNCIA: 0778

NOME: José Luis da Silva Belarmino

TURNO: NT EQUIPE: Xêdo sr / Jorgel

ENDEREÇO: A. Dom Pedro 2

IDADE: 39 SEXO: M

REFERÊNCIA: Coluna cervical e mto

QTY: 07:45

QUS: 07:48

QUR: 08:00

QUY: 08:18

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

☒ PÉRVAS

☐ OBSTRUÍDAS

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO

☐ TAQUIPNEICO

☐ BRADIPNEICO

☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☐ NORMAL

☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☐ NORMAL

☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☐ NORMAL

☐ ALTERADA:

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

LOCAL: Lado g

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

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4

A VOZ ☐ 3

A DOR ☐ 2

NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 15

PUPILAS:

☒ NORMAIS (FOTOREAGENTES E ISOCÓRICAS)

☐ ALTERADAS:

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A)SORRI (P)

CONFUSO (A)CHORO CONSOLÁVEL (P)

PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)INCONSOLÁVEL (P)

SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)GEMENTE (P)

NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS ☒ 6

LOCALIZA A DOR ☐ 5

MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4

FLEXÃO ANORMAL ☐ 3

EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2

NENHUMA ☐ 1

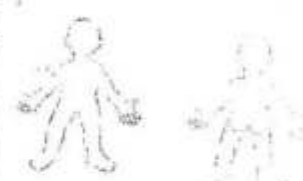
ADULTO



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 comensal de
signo no caso em estudo referido. comensal. ulnar
relatório de no mesmo referido. referido. ulnar
signo ulnar. referido. referido. no caso. per tendão.

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

FUT Lajeza

VEÍCULO: 101

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

DATA: 31/08/20

PONTO DE APOIO: Peraryalo

Nº DA OCORRÊNCIA: 0778

NOME: José Luis da Silva Belarmino

TURNO: NT EQUIPE: Xêdo sr / Jorgel

ENDEREÇO: A. Dom Pedro 2

IDADE: 39 SEXO: M

REFERÊNCIA: Coluna cervical e mto

QTY: 07:45

QUS: 07:48

QUR: 08:00

QUY: 08:18

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

☒ PÉRVAS

☐ OBSTRUÍDAS

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO

☐ TAQUIPNEICO

☐ BRADIPNEICO

☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☐ NORMAL

☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☐ NORMAL

☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☐ NORMAL

☐ ALTERADA:

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

LOCAL: Lado g

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

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4

A VOZ ☐ 3

A DOR ☐ 2

NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 15

PUPILAS:

☒ NORMAIS (FOTOREAGENTES E ISOCÓRICAS)

☐ ALTERADAS:

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A)SORRI (P)

CONFUSO (A)CHORO CONSOLÁVEL (P)

PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)INCONSOLÁVEL (P)

SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)GEMENTE (P)

NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS ☒ 6

LOCALIZA A DOR ☐ 5

MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4

FLEXÃO ANORMAL ☐ 3

EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2

NENHUMA ☐ 1

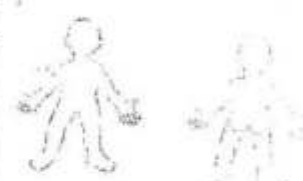
ADULTO



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 no caso em estudo
relatório de no momento
signo ulnar exposto devido no caso per tendão

signo ulnar e comorbidade
signo no caso em estudo
relatório de no momento
signo ulnar exposto devido no caso per tendão

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

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 | CEF 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
 848E 60C2 D038 2147 001A 310E FEA8 498E

DATAS DE LECTURA
 Anterior 13/08/2020 Atual 14/09/2020 Próx. Próx. leitura 15/10/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Letura Atual	Letura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Letura Atual	Letura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Consumo Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFR	3642.00	3705.00	142.00	0.00	0.00	0.00	1.00	142.00	142.00	0.7948	105.86

DESCRIÇÃO DA CONTA

OP - LUM FUS INEP MUNIC

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
142	0.7948	105.86

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Injetado Utilizado Saldo kWh A Excluir
 Tarifário Atualizado Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compensa 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
COFINS	77.10	0.7100	0.54
ICMS	105.80	27.00	28.50

ATENÇÃO

DÉBITOS ANTERIORES

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Selo 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 | CEF 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 FCA-TALEZA (TAPERU)
 Classificação Residencial Pn 10
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.
 Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5401534-EUS-251 - FOMEDUCS

CPF / CNPJ
 038.422.993-03

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 848E 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	Consumo 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	105.80

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
Consumo	142	0.79488
		9.88
		105.80

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido Compensado Consciência Ecológica
 kg (CO₂) kg (CO₂) kg (CO₂)
 0 0 0

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PMF/ASEP	77.10	0.1100	0.07
COFINS	77.10	0.7100	0.54
ICMS	105.80	27.00	28.90

ATENÇÃO

DÉBITOS ANTERIORES

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Bnd. Tarif. Verde: 1405 - 1408



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 14511444 Nome do Paciente JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

RG 200002257810-SSP CE CPF 64260259334

Sexo
M

Nascimento
12/04/1981

Carteira Profissional

Estado Civil
1-CASADO

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

Telefone Residencial 989714411
Telefone Trabalho

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

31/08/2020

Hora

08:29

Matricula

Tipo Atendimento

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 FISIOLOGICO 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: 21/05/2020	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
21/05/2020 08:25 - CONSULTA TRAUMATOLOGO	66547684	14511444	JOSE LUIS DA SILVA DELARMINO	12/04/1981	MASCULINO	Machado

Pendências do Atendimento de Alta	Insp. por Tipo de Documento	Nome do Mfio	Nome do Pa
		ROCHELE DA SILVA DELARMINO	

Tipos de documentos		Visualizar		Imprimir Doc. Assinado	
		Data/Hora	Profissional		Situação
-1 Registro Médico					
-2 Formulário de Atendimento na Emergência		21/05/2020 15:43:42			ASSINADO
-3 Prescrição Médica		21/05/2020 10:35:15			ASSINADO
-4 Receita Médica Especial		21/05/2020 08:38:43			ASSINADO
-5 Receitas Médicas					
-10 Atestado Médico					
-11 Declarações					
-6 Pareceres Médicos					
-5 Solicitação de Parecer Médico					
-4 Admissão do Paciente					
-3 Evolução Médica					
Ver histórico de digitalizações					

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 FISIOLÓGICO 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	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	3			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
30686	LUVA 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			

FICHA DE ANESTESIA

31/01/2020



ANTONIO PRUDENTE

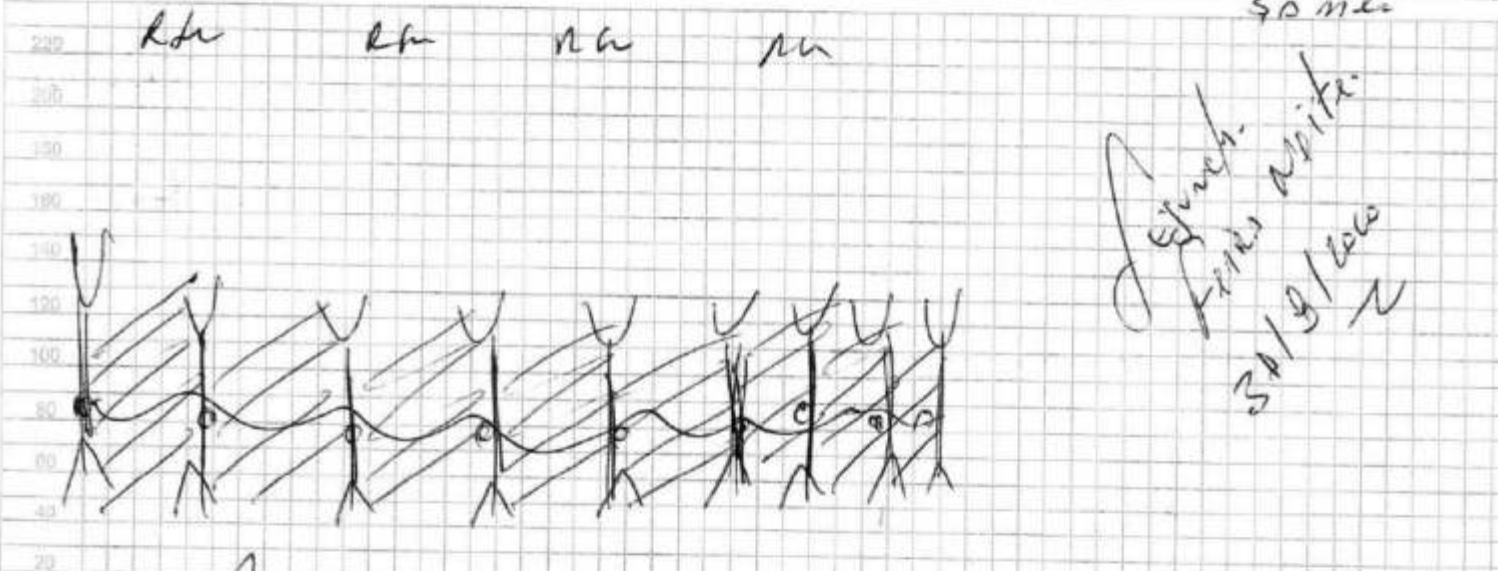
Nome: Jose Luis da Silva
 Idade: 39 Sexo: F ☒ M
 Peso: ± 70 kg
 Pronunciário: 14511444
 Diagnóstico: Fratura Luxação
 Cirurgia: Fixação Externa
 Anestesia: TSA com sedação
 Cirurgião: D. A. DESIMILDO
 ASA: I-II

21:00

22:00

LIQUIDOS

CARDIOSCÓPIO: 100%
 PRESSÃO NAS BRANQUELA: 50.9 / 30.1 + RL (JL)
 CAPNOGRAFO: 100%
 OXÍMETRO DE PULSO: 98%
 PRESSÃO INVASIVA: 110/70



30 ml
 30/01/2020
 2

Dia 20/01/2020
 * Puncal única Ventral L5-L6 com Preservação do Nervo
 Raiz Caudal 15.0mg
 Dura Penetração 15.0mg
 (EV) Dexametazona 8mg + Propofol 100mg + Ketazolol

LIQUIDOS	VOLUME	PERDA	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Neoc	Sonda:
					Respiração: <u>Spont.</u>	Assist.	Mecan.
					Absorvedor de:	Sem	Com
					Posição:	Local da Função:	
					Agulha:	Técnica:	R. Anest.
					Início:	Final:	
					Duração:		

Condição final op:
 Intercorrências per.op:
 Ass. Anestesiista - CRM:
 Dr. Edmar Cardoso & Filho
 Médico Anestesiologista
 CRM-SC 16714

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
DIPRIVAN 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
Cirurgião
CRM 13202
30727189 2

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	Materiais Médico-Hospitalares		35181	Medicamentos	
51373	ÁGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	139799	ATROPINA 0.25 MG 1 ML AMPL 1 ML	3
27655	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	36811	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	38008	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML 2.5 ML AMPL 2.5 ML	1
31739	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	40142	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
51063	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	145419	EFORTIL AMPL 1 UD	1
27928	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	42013	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
27944	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	50	46019	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
152352	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	48194	LOSEC 40 MG FRAP 1 UD	1
81868	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	124102	MARCAINA PESADA 0.5% AMPL 1 UD	1
135865	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1.60 - 1 UD	2	120106	MORFINA 0.2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML	1
112712	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	59609	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
158880	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	43290	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
134084	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	43800	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
50997	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	45250	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
31771	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	6		XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
130804	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			
130523	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4.5M TUBO 450 CM	100			
25771	ETER ETILICO (UCOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
105112	EXTENSOR 120 CM (1ML) P/NEO - 1 UD	1			
30635	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
30651	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
30660	FIO MONONYLON (11637) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	2			
30678	FIO J&J POLYCOT (SPA43T) - POLYCOT* BLUE 3-0 ENV 1 UD	1			
50822	FIO Q VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VLT 2 ENV 1 UD	1			
51004	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
50849	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8			
30902	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
30848	HASTE INTRAMEDULAR BLOQ DE TIBIA C/PARAFUSOS - 1 UD	1			
30856	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
30864	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
30872	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2			
50881	LATEX SILICONIZADO - 1 MI	2			
147256	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
76430	LUVA DESC. ESTERIL N-7.0 - 1 PA	2			
	LUVA DESC. ESTERIL N-7.5 - 1 PA	3			
	LUVA DESC. ESTERIL N-8.0 - 1 PA	3			
	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/MRAS PCT 50 UD	5			
	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	200			
	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
	TRANSOFIX - 1 UD	1			
	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

[Handwritten signature]

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	
IPSILO 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

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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): 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

Data Da Cirurgia 02/09/2020 [1]
 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-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 Sanguinea	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
Convênio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc. 12/04/1981
Nº Prescrição: 27778750
Leito: 1334501

Atendimento: 68564444
Prontuário: 34511444
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
	Água Destilada	10 ml				
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	SN	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 MEDIO						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/ 500.0MG) 6/8h EV

Agua Destilada 18ml

01/09-05:00

Prescritor: CRM-13202

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2ML (AMP C/ 50.0MG) 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 Prescritor: CRM-13202	SN
11. SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-13202	
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-13202	
13. RETIRADA DE DRENO DE PRESERVAÇÃO CRM-13202	SN
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE PRESERVAÇÃO CRM-13202	
15. COMPRESSÃO COM ETER Prescritor CRM-13202	SN
Profissionais: CRM-13202	DEGINALDO HOLANDA CHAVES
Observação para o SMC	
ENTEROFIX	
Aos	

Legenda harário : ☐ 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-05-11-135-110

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 NEHS. 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 INTEGRAL 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 INTEGRAL E LIMPO COM GAZES E ATADURAS EM PERNA E, SEM QUEIXAS ALGICAS. SEGUIR 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

Especificar

KEFAZOL 2G

[1]

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

Horário de 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 Enfermeiro: Angela

(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: Angela

(Assinatura e carimbo)

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: Angela

(Assinatura e carimbo)

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

CRESCENTE

Horário: 1

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

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 mMcalçidia	500 ml	CRM-8260
3. CEF AZOLINA SODICA (1.00g) (D2/2)	1g	1FRAP (FRAP C/ 1GR)	CRM-8260
	Agua Destilada	10 ml	
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1FRAP (FRAP C/ 100MG)	CRM-8260
	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	
5. DIFIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL C/ 500MG)	CRM-8260
	Agua Destilada	18 ml	
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2ML (AMPL C/ 100MG)	CRM-8260
	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2ML (AMPL C/ 10MG)	CRM-8260
	Agua Destilada	18 ml	
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO			CRM-8260
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA			CRM-8260
10. PUNCAO 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 Emissão 01/09/2020 09:20

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 :
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: *Alérgica*

Relatório de Análise de Risco de Queda

Jordana Brito
COREN-CE 582219-ENF

PRESCRIÇÃO N. 11CA - Aprazamento

Emissão: 01/09/2020 09:20

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Pronto-uário: 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

PRESCRIÇÃO N. 11CA - Aprazamento

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convenio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 002778771

01/09/2020 às 06:00

Leito: 1018/1

Peso: 80,00 kg

Posto: POSTO 1B

USUÁRIOS

Nome	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
------	-----------	------	-----------	------	-----------	------	-----------	------

USUÁRIOS

1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2
2	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1	KEFAZOL FRAP 1 UD	1
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	10	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1
5	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 5	5
1	TAMPA CONE LUER - 1 UD	2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2
1	3RCHOPRIA 10MG/2ML SOL 10 AMPL 2ML			

DIPIRONA AMP

1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1
1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1
1	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
5	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5
2	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2
1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1
1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1
1	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	1
15	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 15	15
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1

CETOPROFENO IV

1	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1
1	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
1	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1
2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2
10	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
2	AGULHA DE SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML TUBO 100 ML	1
1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1
5	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 5	5
4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
1	CEFAZOLINA SODICA	1
1	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	1

Jordana Brito
COREN-CE 53229-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão: 02/09/2020 16:31

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELLARMINO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

DL Nasc.: 12/04/1981
Nº Prescrição: 0027781606
Leito: 101871
Atendimento: 68564444
as 06:00
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 14511444

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ALERGIA:
Suplemento

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL							
Prescritor: CRM-14045									
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7	gls/min	Acesso Periférico	03/09 - 05:00		
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500ml						
Prescritor: CRM-14045									
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	1g	1 FRAP (F-RAP C/1GR)	8/8h	EV					
Agua Destilada	10ml								
Prescritor: CRM-14045									
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (F-RAP C/100MG)	8/8h	EV					
Soro Fisiológico 0,9%	100ml								
Prescritor: CRM-14045									
5. DILIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV					
Agua Destilada	18ml								
ALERGICO									
Prescritor: CRM-14045									
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV					
Soro Fisiológico 0,9%	100ml								
Alta vigilância									
Prescritor: CRM-14045									
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV					
Agua Destilada	18ml								
Prescritor: CRM-14045									
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO									
Prescritor: CRM-14045									
9. CURATIVO MEDIO-SF-GAZE									
Prescritor: CRM-14045									

11:00 PCT ENCONTRA-SE NO CENTRO CIRU ;
17:00 : 23:00 : 03/09 - 05:00 ;
ALERGICO

Vanessa Viana MONTENEGRO
CRM-14045 - EM

Italo Furtado
CRM-14045 - EM

1 RISCO DE QUEDA
1 RISCO DE UPP
1 RISCO DE FLEBITE
1 RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
1 RISCO DE...

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BEL ARMINO Convenio: HAPVIDA Posto: POSTO 1B		DL Nasc.: 12/04/1981 Nº Prescrição: 0027781606 Leito: 1018/1	Atendimento: 68564444 02/09/2020 às 06:00 Peso: 80.00 kg	Prontuário: 14511444
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
10- PUNÇÃO C/ JELCO Prescritor: CRM-14045		SN		
11- SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-14045				
12- GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-14045				
13- RETIRADA DE DRENO DE PROSTATA CRM-14045		SN		
14- CURATIVO COM ATADURA E GAZE PROSTATA CRM-14045		03/09 05:00 : 		
15- COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-14045		SN		
Profissionais: CRM-14045		HERMINIA MOREIRA COELHO DA COSTA		
Reservado para o SMO				
ENTEROFIX				
Ass.				
Legenda horário : ☐ Indica item não administrado. ☒ Indica item checado.				

vanessa Viana M.
LORENCE 454354-ENF

Estado de Minas Gerais
Município de Curitiba
Folha 6218

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 02/08/2020 16:31

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt Nasc.: 12/04/1981
Nº Prescrição: 0027781606
Leito: 1018/1
Atendimento: 68564444
às 06:00
Peso: 80.00 kg

Promuário: 14511444

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
-----------	------	-----------	------	-----------	------	-----------	------

PLAMET

SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1		SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	
BROMOFIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML 1		TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	REF AZOL FRAP 1 UD	1
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1		LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1		SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1		AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML 1	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2		

DIPIRONA AMP

SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIO 5000ML GL 30	
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	
SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 2	
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	
TAMPA CONE LUER - 1 UD	2

CETOPROFENO IV

ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIO 5000ML GL 5	
SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2
SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML TUBO 100 A 1	
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1	
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	

CEFALOTIMA SODICA

ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIO 5000ML GL 5	
---	--

RF1531

VANESSA VIANA MORTENHO

02/08/2020 16:31

IP- 192.85.4.101

Vanessa Viana M.
CORREIO: 454334 - ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
02/09/2020 10:54

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA Nº Prescrição: 27794080 02/09/2020 às 10:48
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES Leito: 217-RP/1 Enfermeiro(a): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO
RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Mantido: [1] OK

Mantido: [1] OK

Mantido: [1] OK

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: GALAFRIO
TRATAMENTO CIRÚRGICO
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

Mantido: [1] OK

Mantido: [1] OK

Leandro

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
02/09/2020 10:59 AM

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA Nº Prescrição: 27794248 02/09/2020 às 10:54
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES Leito: 217-RP/1
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA (COREN 400703)

1 - ADMITIR/INSTALANDO

OXÍMETRO DE PULSO

Mantido

MONITOR CARDÍACO

Mantido

2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO

PADRÃO RESPIRATÓRIO

Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Loretha Ingrid Sampaio Lima
400703

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/09/2020 10:44

Paciente: JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 217-RP/1

Profissional(is): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]

Nº: 58068223 02/09/2020 às 10:33

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

10:30 - J. L. S. B. 52 ANOS DN: 18/08/1967. ADMITIDO NA RPA, PROVENIENTE DO CC NO POI DE TÍBIA REALIZADO PELO DR BRUNO.

[1]

HD: FRATURA DE TÍBIA.

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES.

ALERGIA: DIPIRONA.

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO. EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO. COM AVP EM MSD FUNCIONANTE. PULSEIRA EM MSE. DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO. EVACUAÇÕES AUSENTES. CURATIVO INTEGRAL. SEM QUEIXAS ALGICAS. AGUARDA ALTA ANESTÉSICA. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PA: 124 X 66 MMHG, FC: 58 BPM, FR: 18 RPM, SATO2: 100%.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS. —

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

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

ENFA: LORETHA

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 12/04/1981
Nº Prescrição: 27796416
Leito: 1018/1

03/09/2020 às 06:00

Atendimento: 6856444
Prontuário: 14511444
Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		33h	ORAL			CRM-8260
2. Hidratação Venosa Fase Única					7.00 g/min	CRM-8260
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	20.83 ml	500 ml				
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	10 ml	8/8h	EV	CRM-8260
4. CEIOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	100 ml	8/8h	EV	CRM-8260
5. DIFERONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMP C/ 500MG)	18 ml	6/6h	EV	CRM-8260
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMP C/ 100MG)	100 ml	8/8h	EV	CRM-8260
Alta vigilância						
7. PLAMEI (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMP C/ 10MG)	18 ml	8/8h	EV	CRM-8260
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO						CRM-8260
9. CURATIVO MEDIO + S+GAZE ACOCHOADA						CRM-8260
10. PUNCAO C/ JELCO						CRM-8260
11. SINAIS VITAIS						CRM-8260
12. GELO 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 ETER						CRM-8260
16. Alta em: 03/09/2020						
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA						
Profissional: CRM-8260						
RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA						

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia | Traumatologia
CRM-8260

Nota: Este documento é de uso exclusivo do profissional de saúde. Não pode ser reproduzido ou utilizado para fins comerciais. Qualquer violação será punida.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:

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: 58016286	31/08/2020 às 21:05

IDENTIFICAÇÃO

Nome	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	39 A 4 M	[1]
Data De Nascimento	12/04/1981	[1]
Nº Atendimento	68564444	[1]

DADOS DO PACIENTE

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

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
-----------------------	---	-----

COMORBIDADES
GRAU DE INDEPENDÊNCIA
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	FIXAÇÃO EXTERNA TEMPORARIO DE PERNA ESQUERDA	[1]
------------------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES
ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	3 Dias	[1]
----------------------	--------	-----


 Dr. Degenaldo Holanda Chaves
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEX 13202

01/09/2020 08:20

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1]

Nº: 58025418 01/09/2020 às 08:18

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO**Evolução Do Paciente**

1º POS OP DE FIXAÇÃO EXTERNA EM PERNA ESQUERDA, SEM
INTERCORRENCIAS.
EVOLUI ESTÁVEL MAS AINDA COM LINFEDEMA QUE INCAPACITA A
SÍNTESE DEFINITIVA
CONDUTA - VPM

[1]

CID 10

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CF/R260

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/09/2020 10:37

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): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 11332 [1]		Nº: 58067075	02/09/2020 às 10:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PCTE VEIO PARA P CC PARA RETIRADA DE FIXADOR E TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA CD VPM	[1]
CID 10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

Handwritten signature
FREDERICO THALES DE VASCONCELOS
MÉDICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/09/2020 10:44

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 217-RP/1

Profissional(is): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]

Nº: 58068223 02/09/2020 às 10:33

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

10:30 - J. L. S. B. 52 ANOS DN: 18/08/1967, ADMITIDO NA RPA, PROVENIENTE DO CC NO POI DE TÍBIA REALIZADO PELO DR BRUNO

[1]

HD: FRATURA DE TÍBIA

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES

ALERGIA: DIPIRONA

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, COM AVP EM MSD FUNCIONANTE, PULSEIRA EM MSE, DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO, EVACUAÇÕES AUSENTES, CURATIVO INTEGRAL, SEM QUEIXAS ALGICAS, AGUARDA ALTA ANESTÉSICA, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PA: 124 X 66 MMHG, FC: 58 BPM, FR: 18 RPM, SATO2: 100%.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS

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

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

ENFA: LORETHA

Loretha
400703

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Paciente: JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSIO 18

Dt. Nasc. 12/04/1981
Nº Prescrição: 27796416
Leito: 10181

03/09/2020 às 06:00

Atendimento: 68564444
Prontuário: 14511444
Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO PARA A IDADE

33h ORAL

CRM-8260

2. Hidratação Venosa Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20 E3

Vol Total
mL

500 mL

7.00 g/min

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-8260

3. CEF AZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)

Agua Destilada

1g

500 mL

1 FRAP (FRAP C/1GR)

8/8h

EV

CRM-8260

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

100 mL

1 FRAP (FRAP C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg

2 ML

(AMP C/500MG)

6/6h

EV

CRM-8260

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML

(AMP C/100MG)

8/8h

EV

SN

CRM-8260

Ata Vigência

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10mg

2 ML

(AMP C/10MG)

8/8h

EV

CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

CRM-8260

9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-8260

10. PUNCAO C/ JELCO

SN

CRM-8260

11. SINAIS VITAIS

CRM-8260

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-8260

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-8260

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-8260

15. COMPRESSAO COM ETER

SN

CRM-8260

16. Alta em: 03/09/2020

ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO

Alta dada por RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Profissional: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-C.F. 87560

Recebido em 03/09/2020 às 08:33
Assinado por GOREN 552

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:05

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: 58016286	31/08/2020	às 21:05

IDENTIFICAÇÃO

Nome	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	[1]
Sexo	Masculino	[1]
Idade	39 A 4 M	[1]
Data De Nascimento	12/04/1981	[1]
Nº Atendimento	68564444	[1]

DADOS DO PACIENTE

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

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
----------------	---	-----

COMORBIDADES
GRAU DE INDEPENDÊNCIA
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	FIXAÇÃO EXTERNA TEMPORARIO DE PERNA ESQUERDA	[1]
-----------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES
ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	3 Dias	[1]
---------------	--------	-----


 Dr. Deginaldo Holanda Chaves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 13202

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:47

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133450/1

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

Nº: 58017395 31/08/2020 às 21:46

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A FIXACAO EXTERNA EM PERNA
ESQUERDA, SEM INTERCORRENCIAS.

[1]

CD: A SR

CID 10

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]


Dr. Deginaldo Holanda Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13202

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68564444 Prontuario: 14511444
Convenio: HAPVIDA Posto: POSTO 1B Leito: 1018/1
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1] Nº: 58025418 01/09/2020 às 08:18

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1POS OP DE FIXACAO EXTERNA EM PERNA ESQUERDA, SEM
INTERCORRENCIAS.
EVOLUI ESTAVEL MAS AINDA COM LINFEDEMA QUE INCAPACITA A
SINTESE DEFINITIVA
CONDUTA - VPM

[1]

CID 10

582 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/09/2020 10:37

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): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 11332 [1]		Nº: 58067075	02/09/2020 às 10:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PCTE VEIO PARA P CC PARA RETIRADA DE FIXADOR E TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA CD VPM	[1]
CID 10	S62 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

RECIBO
04/09/2020
10:37
Sistema HAPFOR

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/09/2020 08:30

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): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]		Nº: 58100732	03/09/2020 às 08:29

REGISTROS MEDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	1 PÓS OP DE RETIRADA DE FIXADOR E TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA COM HIB EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS ALTA HOSPITALAR	[1]
CID 10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]


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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Nome do Paciente:	
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, _____, inscrito no CPF sob o N° _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

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

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

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

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ RG: _____

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

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____

+ JOSE LUIZ DA SILVA

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 _____

Dr. Douglas Holanda
Assinatura/ Carimbo do Médico

hapvida

Faz sempre você

(Preencher quando não houver atestado)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nasc.

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente credenciados 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) Foi esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que nem sempre, algumas 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 foi esclarecido, também, de que a resposta à administração dos 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 medicamentosos 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) Foi 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. Foi informado(a) também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

02 de 09 de 2020

Hora: _____

Nome legível: _____

Assinatura: X José Luis

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Dr. Gustavo Henrique Silva Amenz
Médico
CREMEC 21230

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**



Nome do Paciente: <u>Jose Luis da Silva Belarmino</u>
Data de Nascimento: <u>12/04/1981</u> Data de Internação: <u>02/09/20</u>

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

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

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

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

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

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Jose Luis da Silva Belarmino RG: _____

Data de Nascimento: 12/04/1981 Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, 02 de setembro de 20 20.

Jose Luis da Silva Belarmino

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:

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11332

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente:

Passagem:

Leito:

Prontuário:

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

CIRURGIA/PROCEDIMENTO
DIAGNÓSTICO
AVALIAÇÃO CLÍNICA
Cardio-circulatório
☐ Tolerância ao exercício
☐ Hipertensão
☐ Angina
☐ Coronariopatia
☐ Infarto do miocárdio
☐ Insuf. Cardíaca
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Valvulopatia
☐ Arritmia
☐ Angioplastia
☐ DVP
☐ AAA

Respiratório
☐ Dependência O₂
☐ Apnéia do sono
☐ IVAS recente
☐ Expectorção
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Asma
☐ Tuberculose
☐ DPOC

Gastrointestinal/hepático
☐ Ref. Gastro-esofágico
☐ Úlcera péptica
☐ Vômito/ diarreia
☐ Rátnia de hiato
☐ Obst. Intestinal
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Gastrite
☐ Hepatite
☐ Icterícia
☐ Cirrose

Neurológico
☐ Convulsões
☐ Dormência/ fraqueza
☐ Lesão medular
☐ Outras

☐ Negativo
☐ AVC
☐ Cefaleia
☐ PIC

Renal
☐ Doença renal crônica
☐ Insuficiência renal
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Diálise

Hematológico
☐ Transfusão prévia
☐ Anquetopatia
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Coagulopatia
☐ Anemia

Musculo esquelético
☐ Dor lombar
☐ Musculodistrofia
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Artrite

Endócrino
☐ Diabetes tipo
☐ Patologia da tireoide
☐ Outras

☐ Negativo

Câncer
☐ Quimioterapia
☐ Radioterapia
☐ Outras

☐ Negativo
☐ Radioterapia

Infeccioso
☐ HIV
☐ Outras

☐ Negativo

Gravidez
☐ Idade gestacional _____ semanas

☐ Negativo

Crianças abaixo de 1 ano
Condições de Nascimento
☐ Negativo

☐ 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
☐ Álcool ☐ Drogas
☐ Outras

Alergias
☐ Negativo

Tipo/Agente	Reação
<i>Não</i>	

Cirurgia/anestesia prévia ☐ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes
<i>Não</i>		

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório
☐ Sim ☐ Não

Histórico familiar - problemas com anestesia
☐ Sim ☐ Não

Exame Físico

Cardíaco _____

Resp. _____

Neuro _____

Regional _____

Outro _____

Laboratório

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

Não

Via aérea

História de via aérea difícil
☐ Sim ☐ Não

Mallampati
☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno/mento _____ cm

Dentição/Prognatismo
Outros
Hemorragias ☐ Negativo

Tipagem solicitada _____

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA
☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Emergência: ☐ Sim ☐ Não

Planejamento Anestésico

Volante

Comentários sobre os achados

Anestesiologista
CRM
DATA
HORA
Dr. Gustavo Henrique Silva Almeida
Médico
CREMEC/21299


hapvida

Faz bem pra você

Presenciar quando não houver anestesia

Nome completo (paciente)

CPF

Endereço

Cidade

JOSE LUIS DA SILVA
Data de nascimento: 12/11/1981
390

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 e seguinte alternativa anestésica

Blagoviz Espinhart

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessária 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 dos 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/RESPONSAVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendi 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.

31 de Maio de 2021

Hora: 20:20

Nome legível:

JOSE LUIS DA SILVA BELTRÃO

Assinatura:

Grau de parentesco do responsável:

CPF:

TESTEMUNHA

Nome legível:

Assinatura:

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Nome legível, CRM e visto

Edmar Cardoso B. Junior
Médico Anestesiológista
CRM-MC 19714

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver anamnese.

Paciente: João Luís da Silva

Possuente: _____ Lelão: _____

Prontuário: 1451144

PESO (kg) +80kg ALTURA (cm) 120/60 PA 60 FC DR FR 16

JEJUM (hrs) 2-7h Sólidos _____ Líquidos _____

DOR Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fantasia Libin e 1. Exatidão Extrema

Cardio-circulatório ☒ Negativo ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras _____	☐ Valvulopatia ☐ Arritmia ☐ Angioplastia ☐ DVP ☐ AAA	Câncer ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Outras _____	☐ Negativo ☐ Radioterapia	Exame Físico Cardíaco _____ Respir _____ Neuro _____ Regional _____ Outros _____ Laboratório _____
Respiratório ☒ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras _____	☐ Asma ☐ Tuberculose ☐ DPOC	Gravidez Idade gestacional _____ semanas ☐ Negativo	☐ Negativo	Ht _____ Plaquetas _____ Glucose _____
Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/diarréia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obstr. Intestinal ☐ Outras _____	☐ Gastrite ☐ Hepatite ☐ Colecistite ☐ Cirrose	Crianças abaixo de 1 ano Condições de nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo:	☐ Negativo	Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas Idade gest.-idade atual) _____
Neurológico ☒ Negativo ☐ Convulsões ☐ Dormência/ fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras _____	☐ AVC ☐ Cefaléia ☐ PIC	Hábitos Sociais ☒ Negativo ☐ Tabaco ☐ Alcool ☐ Outras _____	☐ Cigarros/dia ☐ Drogas	Via aérea História de via aérea difícil ☐ Sim ☒ Não
Renal ☒ Negativo ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras _____	☐ Diálise	Alergias ☒ Negativo Tipo/Agente _____ Reação _____	☐ Negativo	Malária/pat ☐ Sim ☒ Não
Hematológico ☒ Negativo ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopenia ☐ Outras _____	☐ Coagulopatia ☐ Anemia	Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo Cirurgia Anestesia Dados relevantes	☐ Negativo	Distância esterno/mento _____ cm Condicion/Prognatismo _____
Músculo esquelético ☒ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Miopatia/distrofia ☐ Outras _____	☐ Artrite	Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☐ Sim ☒ Não	☐ Não	Outros _____ Hemorragias ☐ Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U. Conc. Glob.
Endócrino ☒ Negativo ☐ Diabetes tipo _____ ☐ Patologia da tireoide ☐ Outras _____	☐ Tireoide	Histórico familiar - problemas com anestesia ☐ Sim ☒ Não	☐ Não	Avaliação ASA _____ Emergência: ☐ Sim ☒ Não Planejamento Anestésico <u>Registração</u>

Comentários sobre os achados

João Luís da Silva 1451144

31/03/2006

Dr. Elmar Cardoso B. Junior
Médico Anestesiologista
CREMBC 19714

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

Nome do paciente: José Luis da Silva Belardino	Data de Nascimento:
Nº do prontuário: 1431444	Data de admissão: 31/08/20
Leito: M3	Data da realização da escala: 31/08/20

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	1
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	1
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	1
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alerta e calmo	1
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	1
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/ equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	1
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
G	Alterações nas eliminações	1	Não	1
		4	Sim	
			SOMA DOS PONTOS:	1

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

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

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO			Data de Revisão: 10.09.2018 - V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1	Data da Elaboração: 20/03/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE Joelys de Silva Beltrami DATA DO NASCIMENTO 12/01/81

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Emergência - Acuerma DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 31/08/20

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(X)

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 à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decúbito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente;
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia.

 **Maykon Nunes Tiba**
REN - CE 580.805 - ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Paulo Luiz de Silva Belarmino
Data de nascimento	32/04/81
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Esposa (esposa)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Tibia

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Faz jejum?	X		
Possui alergia a medicação?		X	
Faz uso de alguma medicação?	X		halicam
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		WVS E

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

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

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade			
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou:

3. Termos:

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

4. SSVV:

PA	136 / 90
T	36.5
FC	64
FR	18
SPO2 99	

DIPRON 4

04

155 T

Collection 12.14.151

1. *Journal of Management Studies*, 1990, 27, 1, 1-14.

WILLIAM L. B. + WILLIAM L. B.

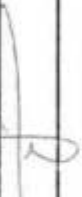
ÍNDICE DE ALDR

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
	Apnéia	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	Lucido, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0

Acutele 400903

CRITÉRIOS AVALIAÇÃO DO INDIC. DE STEWARD (0 A 12 ANOS)

Medico	ALTA MEDICA DRA. JOSE PAULA R. C. ADRIANO		ANESTESIA	Horario	11:15
Assinatura e carimbo:			ANESTESIA (100%)	CREME 12923 - RQE 9618	
0 - SEM DOR	1 a 3 - DOR LEVE	4 a 6 - DOR MODERADA	7 a 10 - DOR INTENSA		
ESCALA DE DOR					

Médico
(Assinatura e carimbo)

Nome completo: JOÃO CARLOS DA SILVA BARROS Data de nascimento: 12/01/81 Número de registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 02/04/20 Hora: 15 Unidade de origem: PPA Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S	Motivo da transferência: <u>antes da cirurgia</u>									
	Diagnóstico(s): <u>Fratura de fêmur esquerdo</u>									
	Sinais Vitais:		PA	mmHg	FC	bpm	FR	rpm	T	°C
	SpO2		%	Escore de dor						
	Medicamentos em uso									
	Refluxo gastroesofágico		() Não se aplica () Flebite () TEV () LPP () Queda () Outros							
	Infecções gerenciadas		() Não se aplica () Sepsis () Dor torácica () Outros							
	Suporte de oxigênio		() Não () Sim () Cateter l/min () Nebulização l/min () Ventilação mecânica							
	Acesso vascular		() Não () Sim () CVC () CVP () PICC () Port a cath () Outros							
	Sondas, drenos, ostomias		() Não () Sim Qual?							
	Outros dispositivos		() Não () Sim Qual?							
	Tamanho de pele		() Não () Sim Local		Estágio					
	Cuidados		() Não () Sim Qual produto?							
	Tendões		() Não () Sim () Contato () Aerosóis () Gotículas							
	Monitorização		() Não () Sim Qual?							
Nível de consciência		() Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso								
Imobilização		() Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado								
Transporte utilizado		() Cadeira de rodas () Maca () Incubadora de transporte								

BREVE HISTÓRICO

B	Antecedentes	() Não () Sim () HAS () DM () AVC () DPOC () Outros
	Alergia	() Não () Sim Qual? <u>Aspirina</u>
	Procedimentos realizados	() Não () Sim Qual? _____ Data: ____/____/____
	Sintomas, barreiras	() Não () Sim Qual?

AValiação

A	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	

RECOMENDAÇÕES

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Origem: _____ Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: _____

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

Exame realizado/exame(s): () Não () Sim	
Paciente agitado/intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual?	
Condição de pele: () Não () Sim Qual?	
Exame para anatomia patológica (biópsia)? () Não () Sim	
Sinais Vitais: PA mmHg FC bpm FR rpm T °C	

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

PROTOCOLO BLOCO CIRURGICO (Prontuário e exames)

NOME: Jose Luis da Silva Belarmino

DATA: 02 / 09 / 2020

PRONTUÁRIO:		☒ Boletim Cirúrgico	☐ Atestado
☒ Ficha de Internação	☒ Perioperatório	☐ Receituário	
☒ Prescrição Médica	☒ Check list	☐ _____	
☒ Evolução Médica	☐ Orientações Médicas	☐ _____	
EXAMES :		☐ CD _____	
☒ ECG		☐ Laudo US _____	
☐ Laudo Cateterismo	☐ CD Cateterismo	☐ Laudo TC _____	
☒ Exames Laboratoriais	☐ Receituário	☐ Laudo RX _____	
☐ ECO Doppler	☐ Atestado	☐ Película RX _____	
☐ ECO Stress	☐ Orientações	OUTROS:	
☐ ECO Trans esofágico	☐ Guia de fisio	_____	
☐ Teste Ergométrico		_____	
☐ Cintilografia		_____	
☐ Cineangiocoronariografia		_____	
☐ Risco Cirúrgico		_____	
Equipe CC: <u>Kelvia e Franciane</u>		Setor que recebeu:	
		☐ RPA ☐ Postos ☐ UTI	
Ass: <u>Kelvia</u>		Ass:	

Exames devolvidos para paciente ou responsável:

Ass:

Setor que paciente foi transferido:

Leito: ()

Ass:

Observações:]

Atenção: Este impresso deverá ser arquivado na RPA.

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Jesse Louro do Silva Belarmino
Data de nascimento	12/04/21
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Gleiciane Lopes
Procedimento a ser realizado	Fratura de Tibia

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Tem febre?	X		desde 22/09 de 01/09/20
Possui alergia a medicação?	X		Dapirone
Faz uso de alguma medicação?	X		Isotretin
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos próteses		X	
Unhas anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Haibo pré-operatório	X			
Ficou em cirurgia				

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

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade			
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou:

3. Termos:

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

4. SSVV:

PA	
T	
FC	
FR	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 17:45

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 580805 [1]		Nº: 58009951	31/08/2020 às 17:44

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	31/08/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	ACM	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA ESQUERDA	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Setor De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA TRAUMA	[1]
Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Exames Complementares	SIM.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO.	[1]
Banho Pre-Operatório	NÃO.	[1]
Paciente Refere Alergia	SIM.	[1]
Paciente Refere Alergia		
Se sim, especifique	DIPIRONA	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]


Maykon Nunes Tiba
58009951-ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 17:43

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 580805 [1]		Nº: 58009785	31/08/2020 às 17:40

PACIENTE

Identificação Do Paciente	SIM	[1]
Data De Admissão	31/08/2020	[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	EMERGÊNCIA.	[1]
Data Da Cirurgia	31/08/2020	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA ESQUERDA	[1]
Pulseira De Identificação	MSE.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NÃO	[1]
Alergia- Descrição	SIM	[1]
Tabagista	NÃO.	[1]
Etilista	NÃO.	[1]
Internações Anteriores	SIM	[1]
Motivo das Internações	FRATURA DE BACIA	[1]
Cirurgias Anteriores	SIM.	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Tranquila.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	NÃO.	[1]

Reserva de Hemoderivados

Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
Exames E Procedimentos	RX.	[1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum	SIM.	[1]
Conservado	Sim	[1]

ABDOMEN

Exame Abdominal	PLANO.	[1]
-----------------	--------	-----

ELIMINAÇÕES

Intestinais	Ausente.	[1]
Urinárias	Presente.	[1]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso	SIM.	[1]
-------------------------	------	-----

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir	NÃO.	[1]
Compreender	NÃO.	[1]


 Maykon Nunes Tiba
 COREN 580.805-ENF

31/08/2020 17:43

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68547684

Prontuário: 14511444

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

Memorizar

NÃO.

[1]

Falar

NÃO.

[1]


Maykon Nunes Tiba
CRM - CE 580.805 - ENF

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:03

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): TARCISIA SOUZA DA SILVA COREN 348113 [1]	Nº: 58016212	31/08/2020	às 21:01

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	sim.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	sim.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.	[1]
Paciente Certo	sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[1]
Procedimento	sim.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[1]
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[1]
	sim.	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 21:03

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68564444

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133450/1

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas		[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	decubito dorsal	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

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: 58063591 02/09/2020 às 08:44
 [1]
 KELVYA DELFINO MARQUES COREN 1527617 [2]

PACIENTE

Identificação Do Paciente JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO [1]

Data De Admissão 02/08/2020 [2]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento FRANCILANE [1]

Hora 08:45 [1]

Sala 05 [1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia FIXADOR EXTERNO [1]

Início Da Anestesia 08:40 [1]

Término Da Anestesia 10:15 [1]

Início Da Cirurgia 08:45 [1]

Término Da Cirurgia 10:00 [1]

Instrumentador NOMATA [1]

Circulante KELVYA E FRANCILANE [1]

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado ESQUERDO [1]

Numero Inicial De Compressas 15 UD [1]

Contagem Final De Compressas 15 UD [1]

Medicações/hora KEFAZOL 08:10 [1]

Exames De Imagem Sim [1]

Clorexedine Alcoólico Sim [1]

Clorexedine Degermante Sim [1]

Tipo Elétrico [1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia SUTURADA E CURATIVO [2]

Grau De Contaminação Contaminada [1]

Encaminhamento Do Paciente SRPA [1]

Encaminhamento Do Paciente

Horário De Saída Da S.O 10:30 [1]

SINAIS VITAIS

Pulso 56 bpm [1]

PA 90X49 [1]

FC 56 bpm [1]

Handwritten signature and number:
 35524

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	

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2	100 %	[1]
--------	-------	-----

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	02/09/2020	[1]
------	------------	-----

Hora	09:00	[1]
------	-------	-----

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	PACIENTE J.L.S.B, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, ALEGA ALERGIA A DAPIRONA E NEGA COMORBIDADES. ENCAMINHADO AO C.C PARA REALIZAR PROCEDIMENTO DE FASCIOTOMIA COM DR. THALES SOB ANESTESIA SEDAÇÃO E RAQUI COM DR. GUSTAVO. REALIZADO DEGERMAÇÃO DO LOCAL E ANTIBIOTICO NO MOMENTO DA INDUÇÃO ANESTÉSICA. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS E PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA COM SORO SIMPLES. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
------------	---	-----

Intercorrências	NÃO	[2]
-----------------	-----	-----

Eletrodos	TORAX	[2]
-----------	-------	-----

PÓS-OPERATÓRIO

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 Cirúrgico 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]

Handwritten signature and date: 02/09/2020

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]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Válida	SIM.	[2]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
	SIM.	

02/09/2020 09:34

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

31/08/2020 21:41

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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): TARCISIA SOUZA DA SILVA COREN 348113 [1]

Nº: 58016271 31/08/2020 às 21:04

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	dr.edmar	[1]
Hora	21:00	[1]
Sala	03	[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	intgra	[1]
Início Da Anestesia	21:10	[1]
Término Da Anestesia	22:00	[1]
Início Da Cirurgia	21:15	[1]
Término Da Cirurgia	21:40	[1]
Instrumentador	vanda	[1]
Circulante	tarcisia	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	perna esquerda	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[1]
Medicações/hora	vide boletim anestésico	[1]
Material	fixador externo	[1]
Fornecedor	tecvidda richards	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	curativo com atadura.	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	srpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		[1]
Horário De Saída Da S.O	22:00	[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

admitido no cc pte para tto cirurgico com dr. deginaldo trauma sob raquinesesia com dr. edmar, conciente, orientado, verbalizando cooperativo, puls de dient. no msd nega alergias, sinais vitais estaveis. tto proposto colocação de fixador externo, fratura de tibia esquerda apos termino do procedimento e curativo feito, encaminhado pte ainda sob efeito anestésico para srpa, onde agurada alta anestésica para ser encaminhado para leito.

[1]

Intercorrências

nao

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 11:13

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68547684

Prontuário: 14511444

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

Profissional(is): MARIA ALVES PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 008966 [1] Nº: 57993050 31/08/2020 às 11:10

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento	12/04/1981	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Pulseira De Identificação	Sim	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora	11:10	[1]
------	-------	-----

Hora

Descrição	SINAIS VITAIS PA 110X80mmhg T 36.8.C DX 98mg/d, FC 68.bpm FR 18. SPO2 99%	[1]
-----------	---	-----

Maria Alves Pereira
Técnico de Enfermagem

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

31/08/2020 18:10

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): MARIA ALVES PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 006986 [1]
 VIVIANE LEITE SILVA PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1281421 [2]

Nº: 57993050 31/08/2020 às 11:10

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento	12/04/1981	[1]
--------------------	------------	-----

Sexo	Masculino.	[1]
------	------------	-----

Pulseira De Identificação	Sim	[1]
---------------------------	-----	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora	11:10	[1]
------	-------	-----

Hora		[1]
------	--	-----

Descrição	SINAIS VITAIS PA 110X80mmhg T 36.8.C DX 98mg/d, FC 68.bpm FR 18. SPO2 99%	[1]
-----------	---	-----

Hora	18:01	[2]
------	-------	-----

Hora		[2]
------	--	-----

Descrição	PA:120X80 DX:90 T:36 SPO:99 FC:60	[2]
-----------	---	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
68831820



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

21/09/2020 17:47:28

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14511444	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	M	12/04/1981	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
200002257816 SSP CE	64260259334		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 C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
19664000187008016			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
15/09/2020	08:26		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Atendente			Clinica	
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA-(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:57

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68831820

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/2

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

Nº: 58514498 15/09/2020 às 08:44

ANAMNESE

Queixa Principal

PO DE FRATURA DE TIBIA

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

Comorbidades

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

CID10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:57

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68831820

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/2

Profissional(is): FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO COREN 1097873 [1]

Nº: 58521542 15/09/2020 às 11:23

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

RETIRADA DE PONTOS 1 REALIZADO AS 11:23, EM 15/09/2020 POR FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[1]

Queda Adulto (Morse)

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[1]

Flebite

[1]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

Data inicial: 22/08/2020 Atendimento: 68831020 Médico prescriptor:

Data final: 21/09/2020

Prontuário:

Consultas:

Consultar

DEP

Histórico

Carteira:

Atendimentos com alta administrativa

Atendimentos com pendências no prontuário

Atendimentos liberados pela auditoria

Atendimentos liberados pela enfermagem

73488

143A8

Documentos

15/09/2020 08:26 - CONSULTA TRAUMATOLOGIA

Atendimento:

Prontuário:

Nome do Paciente

Idade

Sexo

68831020

1451144

JOSE LUIS DA SILVA DELARMINO

1204/90

254

1M

206

masculino

Pendências do Atendimento de Alta

Imp. por Tipo de Documento

Nome do Usuário

RODRIGO DA SILVA DELARMINO

Nome de Fila

Tipos de documentos

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

Ver histórico de digitalizações

Visualizar

Data/Hora

15/09/2020 08:48:03

Profissional

Imprimir Documento

Sinalização

408/2020



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
68711833



21/09/2020 17:47:17

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14511444	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	M	12/04/1981	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
200002257816 SSP CE	64260259334		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 C/UTI ENFERMARIA -	
Carteira	Validade	COLETIVO
19664000187008016		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
09/09/2020	08:17		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
2052580 EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:56

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68711833

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

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

Profissional(is): EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS CRM 13993 [1]

Nº: 58296680 09/09/2020 às 08:26

ANAMNESE

Queixa Principal

RELATA QUEDA DE MOTO HA 9 DIAS
PO DO THALES

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA
OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

Comorbidades

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA
OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

[1]

CID10

M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA
OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:56

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68711833

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

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

Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE COREN 786044 [1]

Nº: 58310394 09/09/2020 às 14:00

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CETOPROFENO IV FRAP 100.00MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 14:00, EM 09/09/2020 POR MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 786044. [1]

TRAMAL AMPL 100.00MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 14:00, EM 09/09/2020 POR MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 786044.

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

Queda Adulto (Morse)

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

Flebite

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:57

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68711833

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

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

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519037 [1] Nº: 58311087 09/09/2020 às 14:21

CONTROLE VITAIS

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

09/09/2020

Hora

14:21

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[1]

Evolução De Enfermagem Emergência

#EVOLUÇÃO EMG TRAUMA CIRURGICO MT 09/09/2020#
#ADMISSÃO#

[1]

CLIENTE J.L.S.B. 39 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR COM PROCEDIMENTO PROPOSTO DE MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE TIBIA ESQUERDA + DESBRIDAMENTO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, EM AR, AMBIENTE, DIETA ZERO, EM REPOUSO NO LEITO, COM CVP PÉRVIO EM HV EM CURSO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, NEGA COMORBIDADES, ALERGICO A DIPIRONA, REALIZADO PRÉ OP, JEJUM OK, CC CIENTE, EM AUTORIZAÇÃO PROCEDIMENTO.



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
68687105



21/09/2020 17:47:07

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14511444	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	M	12/04/1981	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
200002257816 SSP CE	64260259334		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 C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
19664000187008016		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/09/2020	07:58		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -[1.10] MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:50

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO**Dt. Nasc.:** 12/04/1981**Atendimento:** 68687105**Prontuário:** 14511444**Convênio:** HAPVIDA**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133223/1**Profissional(is):** RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]**Nº:** 58260951 **08/09/2020** **as 10:15****ANAMNESE****Queixa Principal**07 DIAS DE POS OP DE HASTE DE TIBIA POR FRATURA DE OSSOS
DA PERNA

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:51

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68687105 Prontuário: 14511444
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E Q Leito: 133223/1
 Profissional(is): FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO COREN 1097873 [1] Nº: 58264038 08/09/2020 às 11:17

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 CURATIVO MEDIO 1 REALIZADO AS 11:17, EM 08/09/2020 POR FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal

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]

[1]

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:50

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68687105

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/1

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

Nº: 58265916 08/09/2020 às 11:54

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente

Sim

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta

08/09/2020

[1]

Hora Da Alta

11:54

[1]

[1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/09/2020 17:51

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68687105 Prontuário: 14511444
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/1
 Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1] Nº: 58265862 08/09/2020 às 11:53

ANAMNESE

Queixa Principal PCTE COM 1 SEM DE PO. REFERE ESTA SEM SEM QUEIXAS
 CD SEGUIMENTO [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

CID10 S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

[1]

Data inicial: 22-08-2020 Atendimento: 68687105 Médico prescriptor:

Data final: 21-09-2020

Prescrição:

Consentimento:

Consultar

PEP

Histórico

Cartões:

Atendimentos com alta administrativa
Atendimentos com pendências no prontuário

Atendimentos liberados pela análise
Atendimentos liberados pela enfermagem

13188

11388

Documentos

0000020 02 58 - CONSULTA RETORNO

Atendimento: 68687105 Prontuário: 14511444 Nome do Paciente: JOSE LUIS DA SILVA DELARMINO
Data de Nascimento: 12/04/1981 Sexo: M Estado: SP

Pendências do Atendimento de Alta

Imp. por Tipo de Documento

Nome do Mde

RODRIGO DA SILVA DELARMINO

Data de Pa

Tipos de documentos

1 Registro Médico

12 Formulário de Atendimento na Emergência

7 Prescrição Médica

14 Receita Médica Especial

9 Receita Médica

10 Atestado Médico

11 Declaração

5 Pareceres Médicos

3 Solicitação de Parecer Médico

4 Admissão do Paciente

3 Entrega Médica

Ver Histórico de digitalizações

Visualizar

Profissional

Imprimir Doc. Assinado

Situação

ASSINADO

ASSINADO

ASSINADO

Data/hora

08/09/2020 11:54:17

08/09/2020 10:16:52

08/09/2020 08:04:08

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
68728724



09/09/2020 18:35:13

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

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
14511444	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO		M	12/04/1981	39
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
200002257816 SSP CE	64260259334			1-CASADO	
Endereço					
R MATO GROSSO 547 PAN AMERICANO FORTALEZA-CE CEP:60440825					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe			
989714411		ROCINEIDE DA SILVA BELARMINO			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
09/09/2020	17:27		
Médico Atendente			Clinica
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	
HAPVIDA	FINNA INDUSTRIA DE CONFECCOES EIRELI	
teira	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
15664000187008016	Validade	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
POSTO INTERN EMG - CUIDADOS ESPECIAIS	01-SCE ENFERMARIA	01
N. Guia	Procedimento	Senha
2374735	99996666	D80640371
2374735	30730031	D80640371
2374735	30713064	D80640453
Descrição		
INTERNACAO		
DESTRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES		
MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL		

NOTA DE SALA

5081623

Atendimento:	68728724	Prontuário:	14511444	JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	HAPVIDA
Cirurgia(s):	30730031	DESRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS OU EXTREM	Tipo Anestesia:	RAQUE+SEDACAO	
	30713064	MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 01	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	1015
Equipe Médica:	CIRURGIAO	2594358	FREDERICO THALES DE VASCONCELOS	CRM	11332
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	2663465	TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA	CRM	14106
	ANESTESISTA	3880575	ALEXEU LIDBOM	CRM	177640

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL13X4,5 - 1 UD	1	38075	DIAZEPAM 10MG/2ML SOL. INJ. AMPL AMPL 2 ML	1
118455	AGULHA DESC. DE RAQUE N.25 - 1 UD	2	145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
84948	AGULHA DESC. DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	48593	GLICOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	3	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	100	124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	30	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ. AMPL 20ML AMPL 20 ML	2
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	43788	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	4	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	100			
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	100			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	3			
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4,5M TUBO 450 CM	50			
130524	EXTENSOR 60CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
119496	FIO MONONYLON (1163T) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	2			
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	9			
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	5			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	4			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	4			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

[Handwritten signature]

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ADRENALINA 2mg		ALCOOL 10	
ALANIL 4mg 150mg/ml		ALPACIN	
ALPHACRYL 25 mg/ml		ALPACIN	
BICARBONATO DE SÓDIO 8.4%		SOLUÇÃO DE SÓDIO	
CLONIDIN 2.5g amp		SUFENTA 50	
CLOTRATO DE POTASSIO 10% amp		TRANSCAMIN	
CLOTRATO 10 mg 10		TRICAMIN 0.5 mg	
CLOTRATO 10 mg 10		TRICAMIN 100 mg	
DECAORON 8 mg 20 ml	02	TRICAMIN 20 mg/ml	
DIACEPANO 10 mg	02	ULTRA 2 mg	
DIACORF 0.2 mg/ml amp 10ml	02	ULTRACIN amp SODA 5 ml 20	
DIACORF 10 mg	02	ULTRACIN C/A 20 ml	
DIPRIVAC amp 20 ml	02	ULTRACIN PESADA 500mg	
DIPRIVAC amp 30 ml 100		ULTRACIN S/A 2% ml	
DIPRIVAC amp		ULTRACIN	
DIAMIN B/DI IV			
DICHLORIDA amp			
DICHLORIDA			
DORMONID 15 mg/amp			
EXOLUTEX amp			
FRONTAL amp			
FRONTAL 0.2 mg/ml			
ESMERON			
FLAVAL 500 mg			
FENTANIL amp			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
FORANE			
HIDROCORTISONA 500 mg			
HALOTHANE			
HEPARINA			
HYPOMIDATE 2 mg/ml			
INOVAL amp			
IPRODIN 1g			
KEFIZOL 10/amp			
KEFLIN amp			
KETALAR ml			
LAFEXAT amp			
LASIX amp			
MARCAINA C/A 0.5% amp			
MARCAINA PESADA amp	02		
MARCAINA S/A 0.5% amp			
METHERGIN amp			
NILPERIDOL amp			
NIMBUM 10 mg			
NAUSEDRON 8 mg			
NARCAN amp			
NARDON amp			
NIPRIDE amp			
NORADRENALINA			
NORCURON			
NUBAIN amp			
OMEPRAZOL 400 mg FR			
ORASTINA amp 5 UI/ml			
PAVULON amp			
PLAMET amp			
PLASIL amp			
PROFEND IV	02		
PROSTIGMINE amp 0.5 mg			
QUELGIN 100 mg/vc			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesiologista - CRM

Assinatura Médica

Assinatura Médica

Início 18:10
 FIM 19:10
 C-19:10

ANTONIO
 PRUDENTE

FICHA DE ANESTESIA

Nome: Yas Luiz da Silva

Idade: 45 Sexo: M

Prontuário: 1500

Diagnóstico:

Cirurgia: Dr. Telles

Cirurgião: Dr. Telles

Data: 05/09/20

Sero: F() M()

Convênio:

Anestesia: Propofol + S. d. 200

ASA:

A	HORA	Q	NO	AV
1	18:10			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Líquidos: 500ml Al 500ml 500ml

CARDIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂ : <u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>
ETC O ₂ : <u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Penic 25mg</u>	<u>Propofol 10mg</u>	<u>Propofol 200mg</u>	<u>Cefazolin 2g</u>	<u>Pexmedone 100mg</u>	<u>Pexmedone 100mg</u>	<u>Pexmedone 100mg</u>	<u>Pexmedone 100mg</u>	<u>Pexmedone 100mg</u>	<u>Pexmedone 100mg</u>

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	SALDO
<u>SP</u>	<u>500</u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>
<u>RL</u>	<u>500</u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>

EVENTO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<u>Monitoragem</u>	<u>Seu</u>	<u>Seu</u>	<u>Seu</u>	<u>Seu</u>	<u>Seu</u>	<u>Seu</u>	<u>Seu</u>	<u>Seu</u>	<u>Seu</u>	<u>Seu</u>

Entubação: <u>Oro</u>	Naso	Sonda:
Respiração: <u>Esponj.</u>	Assist.	Mecân.
Absorvedor de: <u>Sim</u>	Com	
Posição: <u></u>	Local da Função:	
Agulha: <u></u>	Técnica:	
Início: <u></u>	Fim:	
Duração: <u></u>		

Condição final op: SP 299 FC 93 PA 100/60

Intercorrências per. op:

Ats. Anest.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68728724

Prontuário: 14511444

09/09/2020 19

Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS E Leito: 01-SCE/1

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

Nº: 58322718 09/09/2020 às 19:16

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

M95

Diagnóstico Cirúrgico

S822

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

09/09/2020

Hora Da Cirurgia

19:16

[1]

Cirurgia

DESBRIDAMENTO

[1]

Cirurgião

FREDERICO THALES

[1]

1º Auxiliar

TACITO

[1]

Anestesista

ALEXEU

[1]

Descrição Cirúrgica

1-DECUBITO DORSAL APÓS ANESTESIA
2-ASSEPSIA E ANTESEPSIA
3-APOSIÇÃO DE CAMPOS
4-DESBRIDAMENTO E LIMPEZA
5-MANIPULAÇÃO
6-LAVAGEM COM SORO
7-SUTURA
8-CURATIVO

[1]

[1]

Códigos Dos Procedimentos

30730031
30713064

[1]

Fredes Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11332

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/09/2020 18:27

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68728724

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS E Leito: 01-SCE/1

Profissional(is): ANA KAROLINA SILVA SOUZA NOBRE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1237861 [1] Nº: 58321053 09/09/2020 às 18:27
 ANA KAROLINA SILVA SOUZA NOBRE COREN 1237861 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	09/09/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	18:00	[1]
Cirurgia	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Sim. DIPIRONA	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	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	Esquerda.	[2]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

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

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68728724

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS E Leito: 01-SCE/1

09/09/2020 16

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

[2]

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados SIM.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas SIM.

[2]

Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E
Acondionada Corretamente Não se aplica.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião SIM.

[2]

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

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

[2]

MODELO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 09/09/2020 19:14

TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA GERAL

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL		
2. Hidratação Venosa Fase Única				
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico
3. CETOPROFENO IV (100.0mg)	100 mg	1 FRAP 8/8h	EV	
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml			
4. CEFAZOLINA SODICA (1.0g)	1 g	1 FRAP 8/8h	EV	
Água Destilada	10 ml			
5. DÍPIRONA AMP (500.0mg/ml)	1000 mg	2 ML 6/6h	EV	
Água Destilada	18 ml			
6. TRAMADOL (50.0mg/ml)	100 mg	2 ML 8/8h	EV	SN
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml			
7. PLAMET (5.0mg/ml)	10 mg	2 ML 8/8h	EV	
Água Destilada	18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO				SN
9. CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA				
10. PUNÇÃO C/ JELCO				
11. SINAIS VITAIS				SN
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS				
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC				
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA				SN
15. COMPRESSÃO COM ÉTER				SN

Frederico Sales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11332

Assinatura e carimbo do médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

10/15/20

Emissão: 09/09/2020 22:48

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS ESPECIAIS

DL. Nasc.: 12/04/1981
Nº Prescrição: 0027866501
Leito: 01-SCE1

Atendimento: 68728724
09/09/2020 as 19:14
Peso: 100.00 kg

Prontuário: 14511444

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIOS

ALERGIA:
Dipirona

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL							
Prescritor: CRM-11332									
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total	500 ml	7	gts/min	Acesso Periférico	10/09 - 05:00		
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	20.83 ml/Kcal/dia	500ml							
Prescritor: CRM-11332									
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D/11)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV			10/09 - 05:00		
Água Destilada	10ml								
Prescritor: CRM-11332									
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV			10/09 - 05:00		
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml								
Prescritor: CRM-11332									
5. DILPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMP C/ 500MG)	6/6h	EV			10/09 - 05:00		
Água Destilada	18 ml								
Prescritor: CRM-11332									
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMP C/ 100MG)	8/8h	EV					
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml								
Prescritor: CRM-11332									
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMP C/ 10MG)	8/8h	EV			10/09 - 05:00		
Água Destilada	18 ml								
Prescritor: CRM-11332									
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO									
Prescritor: CRM-11332									
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE									
Prescritor: CRM-11332									

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão: 09/09/2020 22:48

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO INTERNEMG - CUIDADOS ESPECIAIS
Dt. Nasc.: 12/04/1981
Nº Prescrição: 0027866501
Leito: 01-SCE1
Atendimento: 68/26/24
as 19:14
Peso: 100,00 kg

Prontuário: 14511444

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIOS

10- PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-11332	SN
11- SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-11332	
12- GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-11332	
13- RETIRADA DE DRENO DE INFESTICAÇÃO CRM-11332	SN
14- CURATIVO COM ATADURA E GAZE MEDICAMENTOS 11332	
15- COMPRESSAO COM ETER Prescritor: CRM-11332	SN

Profissionais: CRM-11332

FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

Prescrito para o SNB
ENTEROFIX
Ass.

Legenda horário:

☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

Marcar com o código
Código - 11332 - 11332



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

Emissão 09/09/2020 22:48

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dr. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68728724	Prontuario: 14511444
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0027866501	09/09/2020 às 19:14	
Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS ESPECIAIS	Leito: 01 - SCEN	Peso: 100,00 kg	

Descrição	Qtde	Descrição	Qtde	Descrição	Qtde
-----------	------	-----------	------	-----------	------

Marciana Aparecida da Costa
CRM: 122.288-5/PR

RPT537

MARCIANA ALMEIDA DA COSTA

09/09/2020 22:48

100 100 05 8 101

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/09/2020 22:03

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68728724 Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 214-RP/1
Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 58326948 09/09/2020 às 21:51

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19 Paciente Não Covid. [1]

Evolução de enfermagem 21:51 - J.L.S.B., 39 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO
POI DE DESBRIDAMENTO COM DR FREDERICO TALES E SOB
ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR ALEXEU. ENCONTRA-SE
ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR
AMBIENTE E SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. COM
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E CVP EM MSE PÉRVIO PARA HV +
TM. REFERE ALERGIA A DIPIRONA E NEGA COMORBIDADES.
CURATIVO ÍNTEGRO, LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA E
EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO. SSVV: PA: 125 X 78
MMHG, FC: 75 BPM, FR: 14 MRPM, SATO2: 98%. MONITORIZADO E
AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA
SAUNDERS 521482. [1]

ALERGIAS

Alergias DIPIRONA [1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10) 0 [1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico Sim [1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES
ENFERMEIRO(A) - COREN 521482 - ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68728724 Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA Nº Prescrição: 27867750 09/09/2020 às 22:03
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES Leito: 214-RP/1 Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL **Mantido:** [1] OK
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA **Mantido:** [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

OBSERVAR SINAIS FISIOLÓGICOS **Mantido:**
SINAIS VITAIS **Mantido:**

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FISIOLÓGICOS **Mantido:**

Sarah Joliana Saunders Guedes
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES
Enfermeiro(a) - COREN 521482 - RJ

PREScrição DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO	Dt. Nasc.: 12/04/1981	Atendimento: 68728724	Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27867753	09/09/2020 às 22:05	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 214-RP/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah J. Saunders Guedes
Enfermeira Sarah J. Saunders Guedes
COREN 521482-DF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68711833

Prontuário: 14511444

09/09/2020 14:23

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

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 58311087 09/09/2020 às 14:21

CONTROLE VITAIS

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

09/09/2020

Hora

14:21

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução De Enfermagem Emergência

#EVOLUÇÃO FMG TRAUMA CIRURGICO MT 09/09/2020#
#ADMISSÃO#

[1]

[1]

CLIENTE J.L.S.B. 39 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR COM PROCEDIMENTO PROPOSTO DE MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE TIBIA ESQUERDA + DESBRIDAMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO, EM REPOUSO NO LEITO, COM CVP PÉRVIO EM HV EM CURSO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, NEGA COMORBIDADES, ALÉRGICO A DÍPIRONA, REALIZADO PRÉ OP. JEJUM OK, CC CIENTE, EM AUTORIZAÇÃO PROCEDIMENTO.


Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

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

Nome e sobrenome

Marcos Pires da Silva Melancione

Data de nascimento

19/04/81

NO16.2

FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data

04.04.20

Hora (h:m)

19:30

Local de origem

Clínica Real Zoda

Procedimento

ORAL

Medicação

Clonazepam

Outros

Clonazepam

Clonazepam

Clonazepam

Clonazepam

CONTROLES:

PERÍODO	HORA	TEMP	FC	FR	PA	SPO ₂	DOR/SCORE	ELEGÍVEL PARA PUÉRPERA LOQUIOS - RUBRO
a cada 15 min	19:30	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada 15 min	19:45	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada 15 min	20:00	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada 15 min	20:15	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada 30 min	20:30	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada 30 min	20:45	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada hora	21:00	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada hora	21:15	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada hora	21:30	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada hora	21:45	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados
a cada hora	22:00	36,8	76	17	136/85	96%	0	() Frígidos () Aumentados

Técnico de Enfermagem em (Assinatura e carimbo)

Enfermeiro (Assinatura e carimbo)

Medico (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
	Mantém boa via aérea	1
	Requer assistência da via aérea	0
Movimentação	Movimento intencional dos membros	2
	Movimentos não intencionais	1
	Sem movimentação	0

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

Medico (Assinatura e carimbo)

Enfermeiro

Medico

Enfermeiro

Medico

Enfermeiro

Medico

Enfermeiro

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Medico (Assinatura e carimbo)

Enfermeiro

Medico

Enfermeiro

Medico

Enfermeiro

Medico

Enfermeiro

ESCALA DE DOR

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

02/04/2020

02/04/2020

Paciente: JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSIO 1B

Dt. Nasc. 12/04/1981

Nº Prescrição: 27866644

10092020 às 06:00

Atendimento: 68728724

Prontuário: 4511444

Peso: 100,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

33h ORAL

2. Hidratação Venosa Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

Vol Total: 20,83 ml

7,00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-8260

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D11)

1g

1 FRAP (FRAP C/1GR)

88h EV

CRM-8260

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)

100mg

1 FRAP (FRAP C/100MG)

88h EV

CRM-8260

5. DIFPIRONA AMP (500.00mg/ml)

1000mg

2 ML (AMP C/500MG)

68h EV

CRM-8260

6. IBAMADOL (50.00mg/ml)

100mg

2 ML (AMP C/100MG)

88h EV

CRM-8260

7. PLAMET (5.00mg/ml)

10mg

2 ML (AMP C/10MG)

88h EV

CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

9. CURATIVO MEDIO-ST+GAZE ACOCHOADA

SN

10. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

11. SINAIS VITAIS

SN

12. GELCO 15 MINUTOS ACADA 4 HORAS

SN

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

14. CURATIVO COM AJADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

15. COMPRESSÃO COM TÊR

SN

16. Alta em: 10092020

SN

Alta dada por:

ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM-8260

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

IP: 192.85.4.101

10092020 09:26

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/09/2020

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68728724

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS E Leito: 01-SCE/1

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

Nº: 58322637 09/09/2020 às 19:13

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCTE3 VEIO PARA O CC PARA DEBRIDAMENTO CIRURGICO
CD VPM

[1]

CID 10

M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA
OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

[1]

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11332

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/09/2020 09:24

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO Dt. Nasc.: 12/04/1981 Atendimento: 68728724 Prontuário: 14511444
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1B Leito: 1015/2

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1] Nº: 58338000 10/09/2020 às 09:16

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

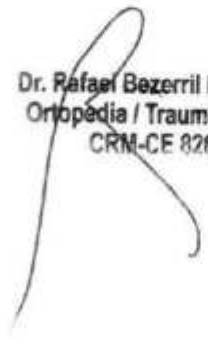
1 POS OP DE DESBRIDAMENTO CIRRGIC
EVOLUI ESTAVEL SEMQ UEIXAS
ALTA HOSPITALAR

[1]

CID 10

M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA
OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

[1]



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

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68711833

Prontuário: 14511444

09/09/2020 14:20

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

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]

Nº: 58310454 09/09/2020 às 14:02

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia

09/09/2020

Hora Da Cirurgia

A DEFINIR

[1]

Cirurgia

MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE TIBIA ESQUERDA

[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente

EMG TRAUMA CIRURGICO

[1]

Identidade Do Paciente

Sim

[1]

Exames Complementares

Sim

[1]

Retirada De Adornos/Próteses

Sim

[1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia

Sim

[1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia

Sim

[1]

Banho Pre-Operatório

Sim

[1]

Paciente Refere Alergia

SIM. DIPIRONA

[1]

Paciente Está Em Jejum

SIM

[1]

Jefferson F. Carneiro
COREN 519637-ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/09/2020 14:19

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68711833

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

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

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A). COREN 519637 [1]

Nº: 58310235 09/09/2020 às 13:56

PACIENTE

Data De Admissão 09/09/2020

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência [1]

Data Da Cirurgia 09/09/2020 [1]

Procedimento Cirurgico Proposto MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE TIBIA ESQUERDA + DESBRIDAMENTO [1]

Pulseira De Identificação MSD [1]

Comorbidades LABIRITITE [1]

Nome, dosagem, frequência NÃO TOMA [1]

Alergia- Descrição DIPIRONA [1]

Tabagista Não [1]

Etilista Não [1]

Internações Anteriores SIM [1]

Motivo das Internações CIRURGIAS [1]

Cirurgias Anteriores Sim. CIRURGIA NA MÃO + FRATURA DE TIBIA 31/08 + 02/09 [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia [1]

Reserva de Hemoderivados Não [1]

Reserva de Hemoderivados [1]

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado 78 kg [1]

Intolerância Alimentar Não [1]

Jejum Sim [1]

Conservado Sim [1]

Dentição Preservada [1]

CONFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 09/09/2020 [1]

Hora 14:00 [1]

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 319.617-ENF

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/09/2020

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68728724

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS E Leito: 01-SCE/1

Profissional(is): ANA KAROLINA SILVA SOUZA NOBRE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1237861 [1] Nº: 58321053 09/09/2020 às 18:27
ANA KAROLINA SILVA SOUZA NOBRE COREN 1237861 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	09/09/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	18:00	[1]
Cirurgia	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Sim. DIPIRONA	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	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]
Laterabilidade 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]
Antibióticoprofilaxia 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]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/09/2020 18:

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68728724

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS E Leito: 01-SCE/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 se aplica.

[2]

 Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

SIM.

[2]

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

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

09/09/2020 19:0

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68728724

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS E Leito: 01-SCE/1

FC 108 bpm

[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2 100 %

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 09/09/2020

[1]

Hora 18:32

[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

PCT ADM NO CC CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM MACA, COM AVP EM MSE, PARA PROCEDIMENTOCIRURGICO DE MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE MIE COM DR TALES, SOBE ANESTESIA RAQUE + SEDAÇÃO VENOSA PELO DR ALEXEU, REALIZADO EM SALA MONITORIZAÇÃO, RAQUE, DEGERMAÇÃO, PROCEDIMENTO CIRURGICO PROPOSTO + CURATIVO SIMPLES, AO TERMINO PCT ENCAMINHADO PARA SRPA COM SSVV NORMAIS, AVP EM CURSO E CURATIVO LIMPO E SECO. SEM INTERCORRENCIAS.

[1]

Eletrodos TORAX

[2]

Incisão Cirúrgica MIE

[2]

Placa De Bisturi COXA DIREITA

[2]

Punções Venosas MSE

[2]

Coxim CABEÇA

[2]

PÓS-OPERATÓRIO

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSÉ LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68728724

Prontuário: 14511444

Convênio: HARVIDA

Posto: POSTO INTERN EMG - CUIDADOS E Leito: 01-SCE/1

Profissional(is): ANA KAROLINA SILVA SOUZA NOBRE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1237861 [1]
 ANA KAROLINA SILVA SOUZA NOBRE COREN 1237861 [2]
 BRUNA SANTOS DA LUZ COREN 1031360 [3]

Nº: 58321060 09/09/2020 às 18:29

CONFORTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Procedimentos Intervencionistas e Cirúrgicos

MANIPULAÇÃO ARTICULAR

INTRA-OPERATÓRIO

[1]

Responsável Pelo Recebimento

TEC BRUNA

[1]

Hora

18:05

Sala

05

[1]

Condições Da Pele ao Início da cirurgia

COM SUTURA CIRURGICA REFERENTE A CIRURGIA ANTERIOR

[1]

Início Da Anestesia

18:10

[1]

Término Da Anestesia

19:20

[1]

Início Da Cirurgia

18:25

[3]

Término Da Cirurgia

19:10

[1]

Instrumentador

NONATA (PART)

[3]

Circulante

TEC ANA + TEC BRUNA

[1]

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL

[1]

Membro Ou Lado A Ser Operado

MIE

[1]

Numero Inicial De Compressas

15 UD

[1]

Quantidade De Compressas Acrescentadas 1

5 UD

[1]

Quantidade De Compressas Acrescentadas 2

10 UD

[1]

Contagem Final De Compressas

30 UD

[1]

Exames De Imagem

Sim

[1]

Cloroxedine Alcoólico

Sim

[1]

Cloroxedine Degermante

Sim

[1]

Tipo

Elétrico.

[1]

Colchão Térmico

Não utilizou.

[1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia

SUTURADA

[1]

Grau De Contaminação

LIMPA.

[1]

Encaminhamento Do Paciente

SRPA.

[1]

[1]

SINAIS VITAIS

Pulso

108 bpm

PA

132X72

[1]

PAM

92

[1]

[1]

PROTOCOLO BLOCO CIRURGICO (Prontuário e exames)

NOME: Jose Luis da Silva Belamino

DATA: 09/09/20

PRONTUÁRIO:	
☒ Ficha de Internação	☒ Boletim Cirúrgico
☒ Prescrição Médica	☒ Perioperatório
☒ Evolução Médica	☒ Check list
	☐ Orientações Médicas
EXAMES :	
☒ ECG	☐ CD
☐ Laudo Cateterismo	☐ Laudo US
☐ Exames Laboratoriais	☐ Laudo TC
☐ ECO Doppler	☐ Laudo RX
☐ ECO Stress	☐ Película RX
☐ ECO Trans esofágico	OUTROS:
☐ Teste Ergométrico	
☐ Cintilografia	
☐ Cineangiocoronariografia	
☐ Risco Cirúrgico	
Equipe CC: <u>Ana e Bruno</u>	Setor que recebeu:
Ass: 	☒ RPA ☐ Postos ☐ UTI
	Ass:

Exames devolvidos para paciente ou responsável:

Ass:

Setor que paciente foi transferido:

Leito: ()

Ass:

Observações:]

Atenção: Este impresso deverá ser arquivado na RPA.



Nome completo

João Luiz da Silva Belarmino

Data de nascimento

19.04.81

Número do registro profissional

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data

09/09/20

Hora

Unidade de origem

RPA

Unidade de destino

Responsável pelo transporte

☐ Técnico de Enfermagem☐ Enfermeiro☐ Médico☐ Fisioterapeuta

Nurse (x)

SITUAÇÃO

Motivo da transferência

Alta médica

Diagnóstico(s)

Desfibrilação

Sinais Vitais

PA

mmHg

FC

bpm

FR

rpm

T

H

SpO₂

%

Escore de dor

Medicamentos em uso

Riscos gerenciados

☐ Não se aplica☒ Eclâpsa☐ TEV☐ LPP☐ Queda☐ Outros

Protocolos gerenciados

☒ Não se aplica☐ Sepsis☐ Dor torácica☐ Outros

Suporte de oxigênio

☒ Não☐ Sim☐ Cateter

l/min

☐ Nebulização

l/min

☐ Ventilação mecânica

Acesso vascular

☐ Não☒ Sim☐ CVC☒ CVCP☐ PICC☐ Port-a-cath☐ Outros

Tubos, drenos, ostomias

☒ Não☐ Sim

Qual?

Outros dispositivos

☒ Não☐ Sim

Qual?

Lesão de pele

☒ Não☐ Sim

Local:

Estágio:

Curativos

☐ Não☒ Sim

Qual produto?

Simplex

Precaução

☒ Não☐ Sim☐ Contato☐ Aerossóis☐ Gotículas

Monitorização

☒ Não☐ Sim

Qual?

Nível de consciência

☒ Consciente☐ Confuso☐ Sonolento☐ Comatoso

Atividade

☐ Deambula sem auxílio☐ Deambula com auxílio☐ Acamado

Transporte utilizado

☐ Cadeira de rodas☒ Maca☐ Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes

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

Alergias

☐ Não☒ Sim

Qual?

Drogas

Procedimentos realizados

☒ Não☐ Sim

Qual?

Valores, crenças, barreiras

☒ Não☐ Sim

Qual?

Data

AVALIAÇÃO

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências

☐ Não ☐ Sim Qual(is)?

Exames Pendentes:

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

Finalizado o exame? ☐ Não ☐ SimPresença de alteração intercorrência durante o exame? ☐ Não ☐ Sim QualSintomas relatados? ☐ Não ☐ Sim QualExame encaminhado para anatomia patológica (biópsia)? ☐ Não ☐ Sim

Sinais Vitais

PA

mmHg

FC

bpm

FR

rpm

T

H

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente): _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Médico: _____

CRM: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico 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.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico 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).
- 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 Setembro de 20 20

Hora: _____

Nome legível: José Luis de Silva Jr.

Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

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



Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

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

[illegible]

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório	☒ Negativo
Tolerância ao exercício	
☐ Hipertensão	☐ Valvulopatia
☐ Angina	☐ Arritmia
☐ Coronaropatia	☐ Angioplastia
☐ Infarto do miocárdio	☐ DVP
☐ Insuf. Cardíaca	☐ AAA
☐ Outras	

Respiratório	☒ Negativo
☐ Dependência O ₂	☐ Asma
☐ Apnéia do sono	☐ Tuberculose
☐ IVAS recente	☐ DPOC
☐ Expectoração	
☐ Outras	

Gastrointestinal/hepático

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

Neurológico

- ☐ Convulsões
- ☐ Dormência/ fraqueza
- ☐ Lesão medular
- ☐ Outras

☐ Negativo

☐ AVC

☐ Cefaléia

☐ PIC

☐ Renal
☐ Doença renal crônica
☐ Insuficiência renal
☐ Outras _____

☒ Negativo
☐ Diálise

Hematológico

☐ Transfusão prévia

☐ Plaquetopenia

☐ Outras

☐ Negativo

☐ Coagulopatia

☐ Anemia

Músculo esquelético

☐ Dor lombar

☐ Musculodistrofia

☐ Outras

☐ Negativo

☐ Artrite

Endócrino ☐ Negativo

☐ Diabetes tipo _____

☐ Patologia da tireóide _____

☐ Outras _____

Câncer
☐ Quimioterapia
☐ Outras _____

Infecçoso
☐ 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
☐ Álcool	☐ Drogas
☐ Outras	

Alergias		☐ Negativo
Tipo/Agente	Reação	
<i>Diabetes</i>	<i>Diabetes</i>	

Cirugía/anestesia previa ☐ Negativo		
Cirugía	Anestesia	Dados relevantes

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório

Histórico familiar - problemas com anestesia
☐ Sim ☐ Não

Exame Físico _____
Cardíaco _____
Resp. _____
Neuro _____
Regional _____
Outro _____

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (Verificar se tempo no dia do urinário)

Via aérea
História da via aérea difícil
☐ Sim ☐ Não

Mallampati *

QI QII QIII QIV

Distância esterno/manto _____ cm

Dentição/Prognatismo

Dutros

Hemorragias ☐ Negativo

Tipagem solicitada _____

Reserva de _____ U Conc. Glob.

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI
 Emergência: ☐ Sim ☐ Não

Planejamento Anestésico

Comentários sobre os achados

APPLICANTS	CRM
------------	-----

DATA	HC344
9, 5, 2	

Alfred Lubom
MAY 19 1964
CREATED BY: [illegible]



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO, 39 ANOS

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrições 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	
Aplicação de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepsis verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações chegadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipamentos e BIC's.	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 torax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?	X		ACESSO PERIFERICO,
Existe acompanhamento dos registros fechamento de B.II em sistema?			
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Incluir e para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.			
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check-list (emergência)?			
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check-list (emergência)?			
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?			
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)			

Assinatura do enfermeiro

Jefferson F. Carneiro
COREX-CE 519.637-ENF

Assinatura do enfermeiro Líder

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUIDAS

Data de Revisão:

Código
FORMULÁRIO 015

Sector GESTÃO DA QUALIDADE

Página
1 2

Data da Avaliação

João Luiz da Silva B
L3

Data de Nascimento

12.04.1982

Data de Admissão

09.09.2020

Data de realização da escala

09.09.2020

Posto

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

SOMA DOS PONTOS

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 619.637-ENF

Presença de outros profissionais

Presença de outros profissionais

AValiação do Risco de BRONCOASPIRAÇÃO

Data de Revisão:

CODIGO
FORMULARIO: 013
NOME: GUSTAO DA SILVA
PAGINA
1-1

Data da Exatidão

12.04.1986
0909 7020

ENFERMAGEM - CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR SIM

SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS - ESCORE

0

16

Modificado

3 15

Baixa

0

RISCO ALTO

RISCO MODERADO

RISCO BAIXO

8

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

ANTONIO
PRUDENTE

Nome do Paciente: _____

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

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

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

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

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ RG: _____

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

Fortaleza, 09 de Setembro de 2020.

JOSÉ LUIZ DAS REIS B.

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

Carimbo do Médico
Ortopedia
CREMEC 1332

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Jose Luis da Silva Beltrami
Data de nascimento	12/04/1981
Nome do(a) Responsável/Parentesco	
Procedimento a ser realizado	Desbridamento

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		
Possui alergia a medicação?	X		Dipirona
Faz uso de alguma medicação?	X		ketorolac
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		fractura de tibia
Identificação com pulseira	X		

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

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

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade		X	
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou:

3. Termos:

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

4. SSVV:

PA	129/80
T	34.9
FC	83
FR	18

ALERGIA
Dipirona

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

09/09/2020 11:3

Paciente: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Dt. Nasc.: 12/04/1981

Atendimento: 68711833

Prontuário: 14511444

Convênio: HAPVIDA

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

Profissional(is): MARIA ALVES PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 006966 [1] Nº: 58304608 09/09/2020 às 11:31

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento 12/04/1981

Sexo Masculino. [1]

Pulseira De Identificação Sim [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora 11:31

Hora [1]

Descrição
SINAIS VITAIS
PA 129X93mmHg
DX 95mg/dl.
T36.1.C
FC88bpm.
FR20.
SPO2 87%.

[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

9
Márcia
CONVÊNIO HAPVIDA

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO, 39 ANOS

Data de nascimento: 12 / 04 / 1981 Número do registro hospitalar

05 / 07 / 2020

Hora

Unidade de origem

EMERG.CIRURGICO

CC

Responsável pelo transporte:

☒ Técnico de Enfermagem

☐ Enfermeiro

☐ Médico

☐ Fisioterapeuta

Primo da transferência: **PROCEDIMENTO CIRURGICO**

Diagnóstico: **MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE TIBIA ESQUERDA**

Sinais vitais: PA

mmHg EC

bpm

FR

rpm

SatO2

Escore de dor

Atuais presentes em uso

Medicamentos em uso

Atuais em uso

Atuais em uso

Atuais em uso

Atuais em uso

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

Sinais vitais: PA

☐ Não se aplica ☒ Flebite ☐ ITEX ☐ ILPP ☐ Queda ☐ Outros:

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

☒ Não ☐ Sim ☐ Cateter: Injetor ☐ Nebulização: Injetor ☐ Ventilação mecânica:

☐ Não ☐ Sim ☐ CVC ☐ KVP ☐ PICC ☐ Port a Cath ☐ Outros:

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Local

☒

Estágio

☐ Não ☐ Sim Qual produto?

☒ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Agrossão ☐ Gotículas

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

☒ Não ☐ Sim Qual?

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Recomendações especiais e pendências

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais presentes

Atuais

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR
JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

POLEGAR - DIREITO

ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO HUMANA E PERICIAS BIOMETRICAS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000002257816 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2015

NOME
JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

FILIAÇÃO
JOAO BATISTA BELARMINO

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 0040284 FOLHA: 539 LIVRO: A-0034 FORTALEZA - CE
CPF: 64260259334

DATA DE NASCIMENTO
12/04/1981

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2 VTA P.: 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

POLEGAR-DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

JOÃO LUIS DA SILVA BELARMINO

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000002257816 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2015

NOME JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

FILIAÇÃO JOAO BATISTA BELARMINO

ROCINEIDE DA SILVA BELARMINO

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 12/04/1981

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 0040284 FOLHA: 539 LIVRO: A-0034 FORTALEZA - CE

CPI: 64260259334

2 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1

DETRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 016004654354
VIA 1
COD. RENAVAM 1139540715
ANTRC 0000000000
EXERCÍCIO 2019

NOME
ANTONIA LUCIMAR DA SILVA ROCHA
CAUCAIA / CE

CPF / CNPJ
97849251334

PLACA
ENW2269/CE

CHASSI
9C2KD1000JR102067

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/MAO APPLIC.
COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
BMW / X5P 160 BROS

CAP / POT / CIL
2P/0CV/162CC
CATEGORIA
PARTIC
COB PREDOMINANTE
PRETA

COTA UNICA
P
V
A
PARCELAMENTO / COTAS
1º 2º 3º
VENC / COTAS
1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)
80.11
IOF (R\$)
0.32
PREMIO TOTAL (R\$)
84.58
DATA DE PAGAMENTO
16/12/2019

OBSERVAÇÕES

CAUCAIA

LOCAL

DATA
23/01/2020

Superintendente

DETRAN-CE

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 016004654354 BILHETE DE SEGURO DPVAT

97849251334

ENW2269 / CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

16004654354

63701943114

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/01/2020

CPF / CNPJ 97849251334

PLACA ENW2269

RENAVAM 1139540715

MARCA / MODELO HONDA / NXR 160 BROS

ANO FAB 2017

Nº CHASSI 9C2KD1000JR102067

PREMIO TARIFARIO

R\$ (R\$) 36.05

DETRAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.32

DIR A SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITACAO 16/12/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04

MOTOR: KD10E00102089



ENW2269

COD. RENAVAM

1139540715



RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

RECIBO CE Nº 016004654354

ASSINATURA

ESTADO DE CASSA - CASTELO MOURAO - CASTELO DE REGISTRO CNV, DO BORGÃO DE MUNICÍPIOS DA COMARCA DE FORTALEZA
TABELA RENAVAM 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030 - 2031 - 2032 - 2033 - 2034 - 2035 - 2036 - 2037 - 2038 - 2039 - 2040 - 2041 - 2042 - 2043 - 2044 - 2045 - 2046 - 2047 - 2048 - 2049 - 2050 - 2051 - 2052 - 2053 - 2054 - 2055 - 2056 - 2057 - 2058 - 2059 - 2060 - 2061 - 2062 - 2063 - 2064 - 2065 - 2066 - 2067 - 2068 - 2069 - 2070 - 2071 - 2072 - 2073 - 2074 - 2075 - 2076 - 2077 - 2078 - 2079 - 2080 - 2081 - 2082 - 2083 - 2084 - 2085 - 2086 - 2087 - 2088 - 2089 - 2090 - 2091 - 2092 - 2093 - 2094 - 2095 - 2096 - 2097 - 2098 - 2099 - 2100 - 2101 - 2102 - 2103 - 2104 - 2105 - 2106 - 2107 - 2108 - 2109 - 2110 - 2111 - 2112 - 2113 - 2114 - 2115 - 2116 - 2117 - 2118 - 2119 - 2120 - 2121 - 2122 - 2123 - 2124 - 2125 - 2126 - 2127 - 2128 - 2129 - 2130 - 2131 - 2132 - 2133 - 2134 - 2135 - 2136 - 2137 - 2138 - 2139 - 2140 - 2141 - 2142 - 2143 - 2144 - 2145 - 2146 - 2147 - 2148 - 2149 - 2150 - 2151 - 2152 - 2153 - 2154 - 2155 - 2156 - 2157 - 2158 - 2159 - 2160 - 2161 - 2162 - 2163 - 2164 - 2165 - 2166 - 2167 - 2168 - 2169 - 2170 - 2171 - 2172 - 2173 - 2174 - 2175 - 2176 - 2177 - 2178 - 2179 - 2180 - 2181 - 2182 - 2183 - 2184 - 2185 - 2186 - 2187 - 2188 - 2189 - 2190 - 2191 - 2192 - 2193 - 2194 - 2195 - 2196 - 2197 - 2198 - 2199 - 2200 - 2201 - 2202 - 2203 - 2204 - 2205 - 2206 - 2207 - 2208 - 2209 - 2210 - 2211 - 2212 - 2213 - 2214 - 2215 - 2216 - 2217 - 2218 - 2219 - 2220 - 2221 - 2222 - 2223 - 2224 - 2225 - 2226 - 2227 - 2228 - 2229 - 2230 - 2231 - 2232 - 2233 - 2234 - 2235 - 2236 - 2237 - 2238 - 2239 - 2240 - 2241 - 2242 - 2243 - 2244 - 2245 - 2246 - 2247 - 2248 - 2249 - 2250 - 2251 - 2252 - 2253 - 2254 - 2255 - 2256 - 2257 - 2258 - 2259 - 2260 - 2261 - 2262 - 2263 - 2264 - 2265 - 2266 - 2267 - 2268 - 2269 - 2270 - 2271 - 2272 - 2273 - 2274 - 2275 - 2276 - 2277 - 2278 - 2279 - 2280 - 2281 - 2282 - 2283 - 2284 - 2285 - 2286 - 2287 - 2288 - 2289 - 2290 - 2291 - 2292 - 2293 - 2294 - 2295 - 2296 - 2297 - 2298 - 2299 - 2300 - 2301 - 2302 - 2303 - 2304 - 2305 - 2306 - 2307 - 2308 - 2309 - 2310 - 2311 - 2312 - 2313 - 2314 - 2315 - 2316 - 2317 - 2318 - 2319 - 2320 - 2321 - 2322 - 2323 - 2324 - 2325 - 2326 - 2327 - 2328 - 2329 - 2330 - 2331 - 2332 - 2333 - 2334 - 2335 - 2336 - 2337 - 2338 - 2339 - 2340 - 2341 - 2342 - 2343 - 2344 - 2345 - 2346 - 2347 - 2348 - 2349 - 2350 - 2351 - 2352 - 2353 - 2354 - 2355 - 2356 - 2357 - 2358 - 2359 - 2360 - 2361 - 2362 - 2363 - 2364 - 2365 - 2366 - 2367 - 2368 - 2369 - 2370 - 2371 - 2372 - 2373 - 2374 - 2375 - 2376 - 2377 - 2378 - 2379 - 2380 - 2381 - 2382 - 2383 - 2384 - 2385 - 2386 - 2387 - 2388 - 2389 - 2390 - 2391 - 2392 - 2393 - 2394 - 2395 - 2396 - 2397 - 2398 - 2399 - 2400 - 2401 - 2402 - 2403 - 2404 - 2405 - 2406 - 2407 - 2408 - 2409 - 2410 - 2411 - 2412 - 2413 - 2414 - 2415 - 2416 - 2417 - 2418 - 2419 - 2420 - 2421 - 2422 - 2423 - 2424 - 2425 - 2426 - 2427 - 2428 - 2429 - 2430 - 2431 - 2432 - 2433 - 2434 - 2435 - 2436 - 2437 - 2438 - 2439 - 2440 - 2441 - 2442 - 2443 - 2444 - 2445 - 2446 - 2447 - 2448 - 2449 - 2450 - 2451 - 2452 - 2453 - 2454 - 2455 - 2456 - 2457 - 2458 - 2459 - 2460 - 2461 - 2462 - 2463 - 2464 - 2465 - 2466 - 2467 - 2468 - 2469 - 2470 - 2471 - 2472 - 2473 - 2474 - 2475 - 2476 - 2477 - 2478 - 2479 - 2480 - 2481 - 2482 - 2483 - 2484 - 2485 - 2486 - 2487 - 2488 - 2489 - 2490 - 2491 - 2492 - 2493 - 2494 - 2495 - 2496 - 2497 - 2498 - 2499 - 2500 - 2501 - 2502 - 2503 - 2504 - 2505 - 2506 - 2507 - 2508 - 2509 - 2510 - 2511 - 2512 - 2513 - 2514 - 2515 - 2516 - 2517 - 2518 - 2519 - 2520 - 2521 - 2522 - 2523 - 2524 - 2525 - 2526 - 2527 - 2528 - 2529 - 2530 - 2531 - 2532 - 2533 - 2534 - 2535 - 2536 - 2537 - 2538 - 2539 - 2540 - 2541 - 2542 - 2543 - 2544 - 2545 - 2546 - 2547 - 2548 - 2549 - 2550 - 2551 - 2552 - 2553 - 2554 - 2555 - 2556 - 2557 - 2558 - 2559 - 2560 - 2561 - 2562 - 2563 - 2564 - 2565 - 2566 - 2567 - 2568 - 2569 - 2570 - 2571 - 2572 - 2573 - 2574 - 2575 - 2576 - 2577 - 2578 - 2579 - 2580 - 2581 - 2582 - 2583 - 2584 - 2585 - 2586 - 2587 - 2588 - 2589 - 2590 - 2591 - 2592 - 2593 - 2594 - 2595 - 2596 - 2597 - 2598 - 2599 - 2600 - 2601 - 2602 - 2603 - 2604 - 2605 - 2606 - 2607 - 2608 - 2609 - 2610 - 2611 - 2612 - 2613 - 2614 - 2615 - 2616 - 2617 - 2618 - 2619 - 2620 - 2621 - 2622 - 2623 - 2624 - 2625 - 2626 - 2627 - 2628 - 2629 - 2630 - 2631 - 2632 - 2633 - 2634 - 2635 - 2636 - 2637 - 2638 - 2639 - 2640 - 2641 - 2642 - 2643 - 2644 - 2645 - 2646 - 2647 - 2648 - 2649 - 2650 - 2651 - 2652 - 2653 - 2654 - 2655 - 2656 - 2657 - 2658 - 2659 - 2660 - 2661 - 2662 - 2663 - 2664 - 2665 - 2666 - 2667 - 2668 - 2669 - 2670 - 2671 - 2672 - 2673 - 2674 - 2675 - 2676 - 2677 - 2678 - 2679 - 2680 - 2681 - 2682 - 2683 - 2684 - 2685 - 2686 - 2687 - 2688 - 2689 - 2690 - 2691 - 2692 - 2693 - 2694 - 2695 - 2696 - 2697 - 2698 - 2699 - 2700 - 2701 - 2702 - 2703 - 2704 - 2705 - 2706 - 2707 - 2708 - 2709 - 2710 - 2711 - 2712 - 2713 - 2714 - 2715 - 2716 - 2717 - 2718 - 2719 - 2720 - 2721 - 2722 - 2723 - 2724 - 2725 - 2726 - 2727 - 2728 - 2729 - 2730 - 2731 - 2732 - 2733 - 2734 - 2735 - 2736 - 2737 - 2738 - 2739 - 2740 - 2741 - 2742 - 2743 - 2744 - 2745 - 2746 - 2747 - 2748 - 2749 - 2750 - 2751 - 2752 - 2753 - 2754 - 2755 - 2756 - 2757 - 2758 - 2759 - 2760 - 2761 - 2762 - 2763 - 2764 - 2765 - 2766 - 2767 - 2768 - 2769 - 2770 - 2771 - 2772 - 2773 - 2774 - 2775 - 2776 - 2777 - 2778 - 2779 - 2780 - 2781 - 2782 - 2783 - 2784 - 2785 - 2786 - 2787 - 2788 - 2789 - 2790 - 2791 - 2792 - 2793 - 2794 - 2795 - 2796 - 2797 - 2798 - 2799 - 2800 - 2801 - 2802 - 2803 - 2804 - 2805 - 2806 - 2807 - 2808 - 2809 - 2810 - 2811 - 2812 - 2813 - 2814 - 2815 - 2816 - 2817 - 2818 - 2819 - 2820 - 2821 - 2822 - 2823 - 2824 - 2825 - 2826 - 2827 - 2828 - 2829 - 2830 - 2831 - 2832 - 2833 - 2834 - 2835 - 2836 - 2837 - 2838 - 2839 - 2840 - 2841 - 2842 - 2843 - 2844 - 2845 - 2846 - 2847 - 2848 - 2849 - 2850 - 2851 - 2852 - 2853 - 2854 - 2855 - 2856 - 2857 - 2858 - 2859 - 2860 - 2861 - 2862 - 2863 - 2864 - 2865 - 2866 - 2867 - 2868 - 2869 - 2870 - 2871 - 2872 - 2873 - 2874 - 2875 - 2876 - 2877 - 2878 - 2879 - 2880 - 2881 - 2882 - 2883 - 2884 - 2885 - 2886 - 2887 - 2888 - 2889 - 2890 - 2891 - 2892 - 2893 - 2894 - 2895 - 2896 - 2897 - 2898 - 2899 - 2900 - 2901 - 2902 - 2903 - 2904 - 2905 - 2906 - 2907 - 2908 - 2909 - 2910 - 2911 - 2912 - 2913 - 2914 - 2915 - 2916 - 2917 - 2918 - 2919 - 2920 - 2921 - 2922 - 2923 - 2924 - 2925 - 2926 - 2927 - 2928 - 2929 - 2930 - 2931 - 2932 - 2933 - 2934 - 2935 - 2936 - 2937 - 2938 - 2939 - 2940 - 2941 - 2942 - 2943 - 2944 - 2945 - 2946 - 2947 - 2948 - 2949 - 2950 - 2951 - 2952 - 2953 - 2954 - 2955 - 2956 - 2957 - 2958 - 2959 - 2960 - 2961 - 2962 - 2963 - 2964 - 2965 - 2966 - 2967 - 2968 - 2969 - 2970 - 2971 - 2972 - 2973 - 2974 - 2975 - 2976 - 2977 - 2978 - 2979 - 2980 - 2981 - 2982 - 2983 - 2984 - 2985 - 2986 - 2987 - 2988 - 2989 - 2990 - 2991 - 2992 - 2993 - 2994 - 2995 - 2996 - 2997 - 2998 - 2999 - 3000 - 3001 - 3002 - 3003 - 3004 - 3005 - 3006 - 3007 - 3008 - 3009 - 3010 - 3011 - 3012 - 3013 - 3014 - 3015 - 3016 - 3017 - 3018 - 3019 - 3020 - 3021 - 3022 - 3023 - 3024 - 3025 - 3026 - 3027 - 3028 - 3029 - 3030 - 3031 - 3032 - 3033 - 3034 - 3035 - 3036 - 3037 - 3038 - 3039 - 3040 - 3041 - 3042 - 3043 - 3044 - 3045 - 3046 - 3047 - 3048 - 3049 - 3050 - 3051 - 3052 - 3053 - 3054 - 3055 - 3056 - 3057 - 3058 - 3059 - 3060 - 3061 - 3062 - 3063 - 3064 - 3065 - 3066 - 3067 - 3068 - 3069 - 3070 - 3071 - 3072 - 3073 - 3074 - 3075 - 3076 - 3077 - 3078 - 3079 - 3080 - 3081 - 3082 - 3083 - 3084 - 3085 - 3086 - 3087 - 3088 - 3089 - 3090 - 3091 - 3092 - 3093 - 3094 - 3095 - 3096 - 3097 - 3098 - 3099 - 3100 - 3101 - 3102 - 3103 - 3104 - 3105 - 3106 - 3107 - 3108 - 3109 - 3110 - 3111 - 3112 - 3113 - 3114 - 3115 - 3116 - 3117 - 3118 - 3119 - 3120 - 3121 - 3122 - 3123 - 3124 - 3125 - 3126 - 3127 - 3128 - 3129 - 3130 - 3131 - 3132 - 3133 - 3134 - 3135 - 3136 - 3137 - 3138 - 3139 - 3140 - 3141 - 3142 - 3143 - 3144 - 3145 - 3146 - 3147 - 3148 - 3149 - 3150 - 3151 - 3152 - 3153 - 3154 - 3155 - 3156 - 3157 - 3158 - 3159 - 3160 - 3161 - 3162 - 3163 - 3164 - 3165 - 3166 - 3167 - 3168 - 3169 - 3170 - 3171 - 3172 - 3173 - 3174 - 3175 - 3176 - 3177 - 3178 - 3179 - 3180 - 3181 - 3182 - 3183 - 3184 - 3185 - 3186 - 3187 - 3188 - 3189 - 3190 - 3191 - 3192 - 3193 - 3194 - 3195 - 3196 - 3197 - 3198 - 3199 - 3200 - 3201 - 3202 - 3203 - 3204 - 3205 - 3206 - 3207 - 3208 - 3209 - 3210 - 3211 - 3212 - 3213 - 3214 - 3215 - 3216 - 3217 - 3218 - 3219 - 3220 - 3221 - 3222 - 3223 - 3224 - 3225 - 3226 - 3227 - 3228 - 3229 - 3230 - 3231 - 3232 - 3233 - 3234 - 3235 - 3236 - 3237 - 3238 - 3239 - 3240 - 3241 - 3242 - 3243 - 3244 - 3245 - 3246 - 3247 - 3248 - 3249 - 3250 - 3251 - 3252 - 3253 - 3254 - 3255 - 3256 - 3257 - 3258 - 3259 - 3260 - 3261 - 3262 - 3263 - 3264 - 3265 - 3266 - 3267 - 3268 - 3269 - 3270 - 3271 - 3272 - 3273 - 3274 - 3275 - 3276 - 3277 - 3278 - 3279 - 3280 - 3281 - 3282 - 3283 - 3284 - 3285 - 3286 - 3287 - 3288 - 3289 - 3290 - 3291 - 3292 - 3293 - 3294 - 3295 - 3296 - 3297 - 3298 - 3299 - 3300 - 3301 - 3302 - 3303 - 3304 - 3305 - 3306 - 3307 - 3308 - 3309 - 3310 - 3311 - 3312 - 3313 - 3314 - 3315 - 3316 - 3317 - 3318 - 3319 - 3320 - 3321 - 3322 - 3323 - 3324 - 3325 - 3326 - 3327 - 3328 - 3329 - 3330 - 3331 - 3332 - 3333 - 3334 - 3335 - 3336 - 3337 - 3338 - 3339 - 3340 - 3341 - 3342 - 3343 - 3344 - 3345 - 3346 - 3347 - 3348 - 3349 - 3350 - 3351 - 3352 - 3353 - 3354 - 3355 - 3356 - 3357 - 3358 - 3359 - 3360 - 3361 - 3362 - 3363 - 3364 - 3365 - 3366 - 3367 - 3368 - 3369 - 3370 - 3371 - 3372 - 3373 - 3374 - 3375 - 3376 - 3377 - 3378 - 3379 - 3380 - 3381 - 3382 - 3383 - 3384 - 3385 - 3386 - 3387 - 3388 - 3389 - 3390 - 3391 - 3392 - 3393 - 3394 - 3395 - 3396 - 3397 - 3398 - 3399 - 3400 - 3401 - 3402 - 3403 - 3404 - 3405 - 3406 - 3407 - 3408 - 3409 - 3410 - 3411 - 3412 - 3413 - 3414 - 3415 - 3416 - 3417 - 3418 - 3419 - 3420 - 3421 - 3422 - 3423 - 3424 - 3425 - 3426 - 3427 - 3428 - 3429 - 3430 - 3431 - 3432 - 3433 - 3434 - 3435 - 3436 - 3437 - 3438 - 3439 - 3440 - 3441 - 3442 - 3443 - 3444 - 3445 - 3446 - 3447 - 3448 - 3449 - 3450 - 3451 - 3452 - 3453 - 3454 - 3455 - 3456 - 3457 - 3458 - 3459 - 3460 - 3461 - 3462 - 3463 - 3464 - 3465 - 3466 - 3467 - 3468 - 3469 - 3470 - 3471 - 3472 - 3473 - 3474 - 3475 - 3476 - 3477 - 3478 - 3479 - 3480 - 3481 - 3482 - 3483 - 3484 - 3485 - 3486 - 3487 - 3488 - 3489 - 3490 - 3491 - 3492 - 3493 - 3494 - 3495 - 3496 - 3497 - 3498 - 3499 - 3500 - 3501 - 3502 - 3503 - 3504 - 3505 - 3506 - 3507 - 3508 - 3509 - 3510 - 3511 - 3512 - 3513 - 3514 - 3515 - 3516 - 3517 - 3518 - 3519 - 3520 - 3521 - 3522 - 3523 - 3524 - 3525 - 3526 - 3527 - 3528 - 3529 - 3530 - 3531 - 3532 - 3533 - 3534 - 3535 - 3536 - 3537 - 3538 - 3539 - 3540 - 3541 - 3542 - 3543 - 3544 - 3545 - 3546 - 3547 - 3548 - 3549 - 3550 - 3551 - 3552 - 3553 - 3554 - 3555 - 3556 - 3557 - 3558 - 3559 - 3560 - 3561 - 3562 - 3563 - 3564 - 3565 - 3566 - 3567 - 3568 - 3569 - 3570 - 3571 - 3572 - 3573 - 3574 - 3575 - 3576 - 3577 - 3578 - 3579 - 3580 - 3581 - 3582 - 3583 - 3584 - 3585 - 3586 - 3587 - 3588 - 3589 - 3590 - 3591 - 35

DETRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 016004654354
VIA 1
COD. RENAVAM 1139540715
ANTRC 0000000000
EXERCÍCIO 2019

NOME
ANTONIA LUCIMAR DA SILVA ROCHA
CAUCAIA / CE

CPF / CNPJ
97849251334

PLACA
ENW2269/CE

CHASSI
9C2KD1000JR102067

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/MAO APPLIC.
COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
BMW / X5P 160 BROS

CAP / POT / cil
2P/0CV/162CC
CATEGORIA
PARTIC

COA UNICA
COTA UNICA
VENC. COA UNICA
VENC. COAS
1º
2º
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)
80.11
IOF (R\$)
0.32
PREMIO TOTAL (R\$)
84.58
DATA DE PAGAMENTO
16/12/2019

OBSERVAÇÕES

CAUCAIA
LOCAL
23/01/2020
Superintendente

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 016004654354 BILHETE DE SEGURO DPVAT

97849251334

ENW2269 / CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

16004654354

63701943114

EXERCÍCIO
2019
DATA EMISSÃO
23/01/2020

RENAVAM
1139540715
MARCA / MODELO
HONDA / NXR 160 BROS
ANO FAB
2017
CAT 200E
Nº CHASSI
9C2KD1000JR102067

PREMIO TARIFARIO
R\$ (R\$)
36.05
DETRAN (R\$)
4.01
CUSTO DO SEGURO (R\$)
40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.15
IOF (R\$)
0.32
BOLSA DE PAGAMENTO (R\$)
84.58
DATA DE QUITACAO
16/12/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.408/0001-04

MOTOR: KD10E00102089



ESTADO DE CASSA - CASTELO MACHADO - CASTELO DE REGISTRO CNV, DO BORGÃO DE MUNICÍPIOS DA COMARCA DE FORTALEZA
TABELA RENAVAM 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030 - 2031 - 2032 - 2033 - 2034 - 2035 - 2036 - 2037 - 2038 - 2039 - 2040 - 2041 - 2042 - 2043 - 2044 - 2045 - 2046 - 2047 - 2048 - 2049 - 2050 - 2051 - 2052 - 2053 - 2054 - 2055 - 2056 - 2057 - 2058 - 2059 - 2060 - 2061 - 2062 - 2063 - 2064 - 2065 - 2066 - 2067 - 2068 - 2069 - 2070 - 2071 - 2072 - 2073 - 2074 - 2075 - 2076 - 2077 - 2078 - 2079 - 2080 - 2081 - 2082 - 2083 - 2084 - 2085 - 2086 - 2087 - 2088 - 2089 - 2090 - 2091 - 2092 - 2093 - 2094 - 2095 - 2096 - 2097 - 2098 - 2099 - 2100 - 2101 - 2102 - 2103 - 2104 - 2105 - 2106 - 2107 - 2108 - 2109 - 2110 - 2111 - 2112 - 2113 - 2114 - 2115 - 2116 - 2117 - 2118 - 2119 - 2120 - 2121 - 2122 - 2123 - 2124 - 2125 - 2126 - 2127 - 2128 - 2129 - 2130 - 2131 - 2132 - 2133 - 2134 - 2135 - 2136 - 2137 - 2138 - 2139 - 2140 - 2141 - 2142 - 2143 - 2144 - 2145 - 2146 - 2147 - 2148 - 2149 - 2150 - 2151 - 2152 - 2153 - 2154 - 2155 - 2156 - 2157 - 2158 - 2159 - 2160 - 2161 - 2162 - 2163 - 2164 - 2165 - 2166 - 2167 - 2168 - 2169 - 2170 - 2171 - 2172 - 2173 - 2174 - 2175 - 2176 - 2177 - 2178 - 2179 - 2180 - 2181 - 2182 - 2183 - 2184 - 2185 - 2186 - 2187 - 2188 - 2189 - 2190 - 2191 - 2192 - 2193 - 2194 - 2195 - 2196 - 2197 - 2198 - 2199 - 2200 - 2201 - 2202 - 2203 - 2204 - 2205 - 2206 - 2207 - 2208 - 2209 - 2210 - 2211 - 2212 - 2213 - 2214 - 2215 - 2216 - 2217 - 2218 - 2219 - 2220 - 2221 - 2222 - 2223 - 2224 - 2225 - 2226 - 2227 - 2228 - 2229 - 2230 - 2231 - 2232 - 2233 - 2234 - 2235 - 2236 - 2237 - 2238 - 2239 - 2240 - 2241 - 2242 - 2243 - 2244 - 2245 - 2246 - 2247 - 2248 - 2249 - 2250 - 2251 - 2252 - 2253 - 2254 - 2255 - 2256 - 2257 - 2258 - 2259 - 2260 - 2261 - 2262 - 2263 - 2264 - 2265 - 2266 - 2267 - 2268 - 2269 - 2270 - 2271 - 2272 - 2273 - 2274 - 2275 - 2276 - 2277 - 2278 - 2279 - 2280 - 2281 - 2282 - 2283 - 2284 - 2285 - 2286 - 2287 - 2288 - 2289 - 2290 - 2291 - 2292 - 2293 - 2294 - 2295 - 2296 - 2297 - 2298 - 2299 - 2300 - 2301 - 2302 - 2303 - 2304 - 2305 - 2306 - 2307 - 2308 - 2309 - 2310 - 2311 - 2312 - 2313 - 2314 - 2315 - 2316 - 2317 - 2318 - 2319 - 2320 - 2321 - 2322 - 2323 - 2324 - 2325 - 2326 - 2327 - 2328 - 2329 - 2330 - 2331 - 2332 - 2333 - 2334 - 2335 - 2336 - 2337 - 2338 - 2339 - 2340 - 2341 - 2342 - 2343 - 2344 - 2345 - 2346 - 2347 - 2348 - 2349 - 2350 - 2351 - 2352 - 2353 - 2354 - 2355 - 2356 - 2357 - 2358 - 2359 - 2360 - 2361 - 2362 - 2363 - 2364 - 2365 - 2366 - 2367 - 2368 - 2369 - 2370 - 2371 - 2372 - 2373 - 2374 - 2375 - 2376 - 2377 - 2378 - 2379 - 2380 - 2381 - 2382 - 2383 - 2384 - 2385 - 2386 - 2387 - 2388 - 2389 - 2390 - 2391 - 2392 - 2393 - 2394 - 2395 - 2396 - 2397 - 2398 - 2399 - 2400 - 2401 - 2402 - 2403 - 2404 - 2405 - 2406 - 2407 - 2408 - 2409 - 2410 - 2411 - 2412 - 2413 - 2414 - 2415 - 2416 - 2417 - 2418 - 2419 - 2420 - 2421 - 2422 - 2423 - 2424 - 2425 - 2426 - 2427 - 2428 - 2429 - 2430 - 2431 - 2432 - 2433 - 2434 - 2435 - 2436 - 2437 - 2438 - 2439 - 2440 - 2441 - 2442 - 2443 - 2444 - 2445 - 2446 - 2447 - 2448 - 2449 - 2450 - 2451 - 2452 - 2453 - 2454 - 2455 - 2456 - 2457 - 2458 - 2459 - 2460 - 2461 - 2462 - 2463 - 2464 - 2465 - 2466 - 2467 - 2468 - 2469 - 2470 - 2471 - 2472 - 2473 - 2474 - 2475 - 2476 - 2477 - 2478 - 2479 - 2480 - 2481 - 2482 - 2483 - 2484 - 2485 - 2486 - 2487 - 2488 - 2489 - 2490 - 2491 - 2492 - 2493 - 2494 - 2495 - 2496 - 2497 - 2498 - 2499 - 2500 - 2501 - 2502 - 2503 - 2504 - 2505 - 2506 - 2507 - 2508 - 2509 - 2510 - 2511 - 2512 - 2513 - 2514 - 2515 - 2516 - 2517 - 2518 - 2519 - 2520 - 2521 - 2522 - 2523 - 2524 - 2525 - 2526 - 2527 - 2528 - 2529 - 2530 - 2531 - 2532 - 2533 - 2534 - 2535 - 2536 - 2537 - 2538 - 2539 - 2540 - 2541 - 2542 - 2543 - 2544 - 2545 - 2546 - 2547 - 2548 - 2549 - 2550 - 2551 - 2552 - 2553 - 2554 - 2555 - 2556 - 2557 - 2558 - 2559 - 2560 - 2561 - 2562 - 2563 - 2564 - 2565 - 2566 - 2567 - 2568 - 2569 - 2570 - 2571 - 2572 - 2573 - 2574 - 2575 - 2576 - 2577 - 2578 - 2579 - 2580 - 2581 - 2582 - 2583 - 2584 - 2585 - 2586 - 2587 - 2588 - 2589 - 2590 - 2591 - 2592 - 2593 - 2594 - 2595 - 2596 - 2597 - 2598 - 2599 - 2600 - 2601 - 2602 - 2603 - 2604 - 2605 - 2606 - 2607 - 2608 - 2609 - 2610 - 2611 - 2612 - 2613 - 2614 - 2615 - 2616 - 2617 - 2618 - 2619 - 2620 - 2621 - 2622 - 2623 - 2624 - 2625 - 2626 - 2627 - 2628 - 2629 - 2630 - 2631 - 2632 - 2633 - 2634 - 2635 - 2636 - 2637 - 2638 - 2639 - 2640 - 2641 - 2642 - 2643 - 2644 - 2645 - 2646 - 2647 - 2648 - 2649 - 2650 - 2651 - 2652 - 2653 - 2654 - 2655 - 2656 - 2657 - 2658 - 2659 - 2660 - 2661 - 2662 - 2663 - 2664 - 2665 - 2666 - 2667 - 2668 - 2669 - 2670 - 2671 - 2672 - 2673 - 2674 - 2675 - 2676 - 2677 - 2678 - 2679 - 2680 - 2681 - 2682 - 2683 - 2684 - 2685 - 2686 - 2687 - 2688 - 2689 - 2690 - 2691 - 2692 - 2693 - 2694 - 2695 - 2696 - 2697 - 2698 - 2699 - 2700 - 2701 - 2702 - 2703 - 2704 - 2705 - 2706 - 2707 - 2708 - 2709 - 2710 - 2711 - 2712 - 2713 - 2714 - 2715 - 2716 - 2717 - 2718 - 2719 - 2720 - 2721 - 2722 - 2723 - 2724 - 2725 - 2726 - 2727 - 2728 - 2729 - 2730 - 2731 - 2732 - 2733 - 2734 - 2735 - 2736 - 2737 - 2738 - 2739 - 2740 - 2741 - 2742 - 2743 - 2744 - 2745 - 2746 - 2747 - 2748 - 2749 - 2750 - 2751 - 2752 - 2753 - 2754 - 2755 - 2756 - 2757 - 2758 - 2759 - 2760 - 2761 - 2762 - 2763 - 2764 - 2765 - 2766 - 2767 - 2768 - 2769 - 2770 - 2771 - 2772 - 2773 - 2774 - 2775 - 2776 - 2777 - 2778 - 2779 - 2780 - 2781 - 2782 - 2783 - 2784 - 2785 - 2786 - 2787 - 2788 - 2789 - 2790 - 2791 - 2792 - 2793 - 2794 - 2795 - 2796 - 2797 - 2798 - 2799 - 2800 - 2801 - 2802 - 2803 - 2804 - 2805 - 2806 - 2807 - 2808 - 2809 - 2810 - 2811 - 2812 - 2813 - 2814 - 2815 - 2816 - 2817 - 2818 - 2819 - 2820 - 2821 - 2822 - 2823 - 2824 - 2825 - 2826 - 2827 - 2828 - 2829 - 2830 - 2831 - 2832 - 2833 - 2834 - 2835 - 2836 - 2837 - 2838 - 2839 - 2840 - 2841 - 2842 - 2843 - 2844 - 2845 - 2846 - 2847 - 2848 - 2849 - 2850 - 2851 - 2852 - 2853 - 2854 - 2855 - 2856 - 2857 - 2858 - 2859 - 2860 - 2861 - 2862 - 2863 - 2864 - 2865 - 2866 - 2867 - 2868 - 2869 - 2870 - 2871 - 2872 - 2873 - 2874 - 2875 - 2876 - 2877 - 2878 - 2879 - 2880 - 2881 - 2882 - 2883 - 2884 - 2885 - 2886 - 2887 - 2888 - 2889 - 2890 - 2891 - 2892 - 2893 - 2894 - 2895 - 2896 - 2897 - 2898 - 2899 - 2900 - 2901 - 2902 - 2903 - 2904 - 2905 - 2906 - 2907 - 2908 - 2909 - 2910 - 2911 - 2912 - 2913 - 2914 - 2915 - 2916 - 2917 - 2918 - 2919 - 2920 - 2921 - 2922 - 2923 - 2924 - 2925 - 2926 - 2927 - 2928 - 2929 - 2930 - 2931 - 2932 - 2933 - 2934 - 2935 - 2936 - 2937 - 2938 - 2939 - 2940 - 2941 - 2942 - 2943 - 2944 - 2945 - 2946 - 2947 - 2948 - 2949 - 2950 - 2951 - 2952 - 2953 - 2954 - 2955 - 2956 - 2957 - 2958 - 2959 - 2960 - 2961 - 2962 - 2963 - 2964 - 2965 - 2966 - 2967 - 2968 - 2969 - 2970 - 2971 - 2972 - 2973 - 2974 - 2975 - 2976 - 2977 - 2978 - 2979 - 2980 - 2981 - 2982 - 2983 - 2984 - 2985 - 2986 - 2987 - 2988 - 2989 - 2990 - 2991 - 2992 - 2993 - 2994 - 2995 - 2996 - 2997 - 2998 - 2999 - 3000 - 3001 - 3002 - 3003 - 3004 - 3005 - 3006 - 3007 - 3008 - 3009 - 3010 - 3011 - 3012 - 3013 - 3014 - 3015 - 3016 - 3017 - 3018 - 3019 - 3020 - 3021 - 3022 - 3023 - 3024 - 3025 - 3026 - 3027 - 3028 - 3029 - 3030 - 3031 - 3032 - 3033 - 3034 - 3035 - 3036 - 3037 - 3038 - 3039 - 3040 - 3041 - 3042 - 3043 - 3044 - 3045 - 3046 - 3047 - 3048 - 3049 - 3050 - 3051 - 3052 - 3053 - 3054 - 3055 - 3056 - 3057 - 3058 - 3059 - 3060 - 3061 - 3062 - 3063 - 3064 - 3065 - 3066 - 3067 - 3068 - 3069 - 3070 - 3071 - 3072 - 3073 - 3074 - 3075 - 3076 - 3077 - 3078 - 3079 - 3080 - 3081 - 3082 - 3083 - 3084 - 3085 - 3086 - 3087 - 3088 - 3089 - 3090 - 3091 - 3092 - 3093 - 3094 - 3095 - 3096 - 3097 - 3098 - 3099 - 3100 - 3101 - 3102 - 3103 - 3104 - 3105 - 3106 - 3107 - 3108 - 3109 - 3110 - 3111 - 3112 - 3113 - 3114 - 3115 - 3116 - 3117 - 3118 - 3119 - 3120 - 3121 - 3122 - 3123 - 3124 - 3125 - 3126 - 3127 - 3128 - 3129 - 3130 - 3131 - 3132 - 3133 - 3134 - 3135 - 3136 - 3137 - 3138 - 3139 - 3140 - 3141 - 3142 - 3143 - 3144 - 3145 - 3146 - 3147 - 3148 - 3149 - 3150 - 3151 - 3152 - 3153 - 3154 - 3155 - 3156 - 3157 - 3158 - 3159 - 3160 - 3161 - 3162 - 3163 - 3164 - 3165 - 3166 - 3167 - 3168 - 3169 - 3170 - 3171 - 3172 - 3173 - 3174 - 3175 - 3176 - 3177 - 3178 - 3179 - 3180 - 3181 - 3182 - 3183 - 3184 - 3185 - 3186 - 3187 - 3188 - 3189 - 3190 - 3191 - 3192 - 3193 - 3194 - 3195 - 3196 - 3197 - 3198 - 3199 - 3200 - 3201 - 3202 - 3203 - 3204 - 3205 - 3206 - 3207 - 3208 - 3209 - 3210 - 3211 - 3212 - 3213 - 3214 - 3215 - 3216 - 3217 - 3218 - 3219 - 3220 - 3221 - 3222 - 3223 - 3224 - 3225 - 3226 - 3227 - 3228 - 3229 - 3230 - 3231 - 3232 - 3233 - 3234 - 3235 - 3236 - 3237 - 3238 - 3239 - 3240 - 3241 - 3242 - 3243 - 3244 - 3245 - 3246 - 3247 - 3248 - 3249 - 3250 - 3251 - 3252 - 3253 - 3254 - 3255 - 3256 - 3257 - 3258 - 3259 - 3260 - 3261 - 3262 - 3263 - 3264 - 3265 - 3266 - 3267 - 3268 - 3269 - 3270 - 3271 - 3272 - 3273 - 3274 - 3275 - 3276 - 3277 - 3278 - 3279 - 3280 - 3281 - 3282 - 3283 - 3284 - 3285 - 3286 - 3287 - 3288 - 3289 - 3290 - 3291 - 3292 - 3293 - 3294 - 3295 - 3296 - 3297 - 3298 - 3299 - 3300 - 3301 - 3302 - 3303 - 3304 - 3305 - 3306 - 3307 - 3308 - 3309 - 3310 - 3311 - 3312 - 3313 - 3314 - 3315 - 3316 - 3317 - 3318 - 3319 - 3320 - 3321 - 3322 - 3323 - 3324 - 3325 - 3326 - 3327 - 3328 - 3329 - 3330 - 3331 - 3332 - 3333 - 3334 - 3335 - 3336 - 3337 - 3338 - 3339 - 3340 - 3341 - 3342 - 3343 - 3344 - 3345 - 3346 - 3347 - 3348 - 3349 - 3350 - 3351 - 3352 - 3353 - 3354 - 3355 - 3356 - 3357 - 3358 - 3359 - 3360 - 3361 - 3362 - 3363 - 3364 - 3365 - 3366 - 3367 - 3368 - 3369 - 3370 - 3371 - 3372 - 3373 - 3374 - 3375 - 3376 - 3377 - 3378 - 3379 - 3380 - 3381 - 3382 - 3383 - 3384 - 3385 - 3386 - 3387 - 3388 - 3389 - 3390 - 3391 - 3392 - 3393 - 3394 - 3395 - 3396 - 3397 - 3398 - 3399 - 3400 - 3401 - 3402 - 3403 - 3404 - 3405 - 3406 - 3407 - 3408 - 3409 - 3410 - 3411 - 3412 - 3413 - 3414 - 3415 - 3416 - 3417 - 3418 - 3419 - 3420 - 3421 - 3422 - 3423 - 3424 - 3425 - 3426 - 3427 - 3428 - 3429 - 3430 - 3431 - 3432 - 3433 - 3434 - 3435 - 3436 - 3437 - 3438 - 3439 - 3440 - 3441 - 3442 - 3443 - 3444 - 3445 - 3446 - 3447 - 3448 - 3449 - 3450 - 3451 - 3452 - 3453 - 3454 - 3455 - 3456 - 3457 - 3458 - 3459 - 3460 - 3461 - 3462 - 3463 - 3464 - 3465 - 3466 - 3467 - 3468 - 3469 - 3470 - 3471 - 3472 - 3473 - 3474 - 3475 - 3476 - 3477 - 3478 - 3479 - 3480 - 3481 - 3482 - 3483 - 3484 - 3485 - 3486 - 3487 - 3488 - 3489 - 3490 - 3491 - 3492 - 3493 - 3494 - 3495 - 3496 - 3497 - 3498 - 3499 - 3500 - 3501 - 3502 - 3503 - 3504 - 3505 - 3506 - 3507 - 3508 - 3509 - 3510 - 3511 - 3512 - 3513 - 3514 - 3515 - 3516 - 3517 - 3518 - 3519 - 3520 - 3521 - 3522 - 3523 - 3524 - 3525 - 3526 - 3527 - 3528 - 3529 - 3530 - 3531 - 3532 - 3533 - 3534 - 3535 - 3536 - 3537 - 3538 - 3539 - 3540 - 3541 - 3542 - 3543 - 3544 - 3545 - 3546 - 3547 - 3548 - 3549 - 3550 - 3551 - 3552 - 3553 - 3554 - 3555 - 3556 - 3557 - 3558 - 3559 - 3560 - 3561 - 3562 - 3563 - 3564 - 3565 - 3566 - 3567 - 3568 - 3569 - 3570 - 3571 - 3572 - 3573 - 3574 - 3575 - 3576 - 3577 - 3578 - 3579 - 3580 - 3581 - 3582 - 3583 - 3584 - 3585 - 3586 - 3587 - 3588 - 3589 - 3590 - 3591 - 3592 - 3593 - 3594 - 3595 - 3596 - 3597 - 3598 - 3599 - 3600 - 3601 - 3602 - 3603 - 3604 - 3605 - 3606 - 3607 - 3608 - 3609 - 3610 - 3611 - 3612 - 3613 - 3614 - 3615 - 3616 - 3617 - 3618 - 3619 - 3620 - 3621 - 3622 - 3623 - 3624 - 3625 - 3626 - 3627 - 3628 - 3629 - 3630 - 3631 - 3632 - 3633 - 3634 - 3635 - 3636 - 3637 - 3638 - 3639 - 3640 - 3641 - 3642 - 3643 - 3644 - 3645 - 3646 - 3647 - 3648 - 3649 - 3650 - 3651 - 3652 - 3653 - 3654 - 3655 - 3656 - 3657 - 3658 - 3659 - 3660 - 3661 - 3662 - 3663 - 3664 - 3665 - 3666 - 3667 - 3668 - 3669 - 3670 - 3671 - 3672 - 3673 - 3674 - 3675 - 3676 - 3677 - 3678 - 3679 - 3680 - 3681 - 3682 - 3683 - 3684 - 3685 - 3686 - 3687 - 3688 - 3689 - 3690 - 3691 - 3692 - 3693 - 3694 - 3695 - 3696 - 3697 - 3698 - 3699 - 3700 - 3701 - 3702 - 3703 - 3704 - 3705 - 3706 - 3707 - 3708 - 3709 - 3710 - 3711 - 3712 - 3713 - 3714 - 3715 - 3716 - 3717 - 3718 - 3719 - 3720 - 3721 - 3722 - 3723 - 3724 - 3725 - 3726 - 3727 - 3728 - 3729 - 3730 - 3731 - 3732 - 3733 - 3734 - 3735 - 3736 - 3737 - 3738 - 3739 - 3740 - 3741 - 3742 - 3743 - 3744 - 3745 - 3746 - 3747 - 3748 - 3749 - 3750 - 3751 - 3752 - 3753 - 3754 - 3755 - 3756 - 375

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331068/20

Vítima: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

CPF: 642.602.593-34

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 31/08/2020

Titular do CPF: JOSE LUIS DA SILVA
BELARMINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO : 642.602.593-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/11/2020
Nome: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
CPF: 642.602.593-34

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário:

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATOTel. Celular: (85) 989714411

DDD

Tel. Comercial: () —

DDD

Tel. Residencial: () —

DDD

E-mail: —

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☒ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pego uma Perícia Pois estou com
Dificuldade em caminhar

Fortaleza 11-01-2021

Local e Data

+ José Luis da Silva Belarmino

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014933/21

Vítima: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

CPF: 642.602.593-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/08/2020

Titular do CPF: JOSE LUIS DA SILVA
BELARMINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO : 642.602.593-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2021
Nome: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
CPF: 642.602.593-34

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2021
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331068/20

Vítima: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

CPF: 642.602.593-34

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 31/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LUIS DA SILVA
BELARMINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO : 642.602.593-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/11/2020
Nome: JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO
CPF: 642.602.593-34

JOSE LUIS DA SILVA BELARMINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA