

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>MICHELLE ROSE FREITAS TORRES</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Divorciada</u>	Profissão: <u>Ger. vendas</u>	Carteira de Identidade: <u>20077558396</u>	
CPF nº: <u>714.168.383-68</u>	Residência: <u>R. Ieda Comença, 379</u>		
Bairro: <u>Henrique Jorge</u>	Cidade: <u>Fontalva</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60510-180</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fontalva (CE), 09 de Outubro de 2019.

X Michelle Rose Freitas Torres
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Michelle Rose Freitas Torres, brasileiro(a),
Divorciada, Gerivendos, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
20077558396, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 714.168.383-68, residente e
domiciliado(a) na Rua Yeda Camerica, nº 399,
Bairro: Henrique Jorge, Cep nº 60510-180,
Fontalva -CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira,
não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem
prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fontalva (CE), 09 de Outubro de 2019.

X Michelle Rose Freitas Torres

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOBRE MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO 20077558396 SS PDS CE

CNPJ 714.168.383-68 DATA NASCIMENTO 24/03/1977

FILIAÇÃO JOSE OLAVO DE OLIVEIRA TORRES LUCIA DE FATIMA DE FREITAS

PERMITEÇÃO AB

Nº REGISTRO 03117111594 VALIDEZ 22/10/2023 ** EXPIRAÇÃO 04/12/2003

US. OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR MICHELLE ROSE F. TORRES

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 30/10/2018

ASSINATURA DO EMISSOR RUI VASCONCELOS PONTES

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1663598540

PROVEDO PLASTIFICAR 1663598540

15814445684
CE167526022



Nº de Inscrição:

009711503

DADOS DO CLIENTE

Nome: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Endereço: RU IEDA CAMURCA, 379, HENRIQUE JORGE

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60510-180

Local: 001 Tipo: 031 Quantidade: 0232 Valor: 0078 Valor: 0000

001 Valor: 000 Valor: 000 Valor: 000 Valor: 000

AGUA A15F255411 68 73 5 2

15/05/2019 15/05/2019 Valor: 8930653

15/04/2019 14/06/2019 03/2019

Parâmetro	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
15/05/2019	526	526	125	526	526
15/04/2019	537	537	537	537	537
03/2019	536	522	441	508	537

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

Item	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
AGUA	28,30		
ESGOTO	22,64		
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,13		
		mai/18	3
		jun/18	2
		jul/18	2
		ago/18	5
		set/18	6
		out/18	7
		nov/18	4
		dez/18	0
		fev/19	4
		mar/19	3
		abr/19	5

Item	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
PIS	0,49	VALOR DO SERVIÇO	74,11
COFINS	2,44	VALOR DO SUBSIDIO	23,04
		VALOR TOTAL A PAGAR	51,07

05/2019

21/06/2019

51,07

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 356615075639026 L: 5725 H: 07:50:15 R: 020 P: 001

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

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
MOBILE

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

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Mais informações pelo telefone: 8h às 17h, no site ou na , nas lojas de atendimento, de 8h às 12h e 13h às 17h.

consumidor.gov.br
E sua. E não. Participe
Resolução 155

155
Ouvidoria



Fatura Mensal

Via do agente
atendimento

009711503

356615075639026 - 5725

05/2019

001 Tipo: 031 Quantidade: 0232 Valor: 0078 Valor: 0000

FORTALEZA 21/06/2019 51,07

82660000000 2 51070009900 3 00971150300 4 01005022016 0

(85) 987740318
(85) 987950002

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018262914

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5138 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **29/11/2018 14:00:08**
 Data / Hora da Ocorrência: **06/11/2018 10:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA 15 DE NOVEMBRO, 485**
 Complemento: **C/ RUA ALMIRANTE RUBIN**
 Bairro: **MONTESE** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MICHELLE ROSE FREITAS TORRES**
 Nascimento: **24/03/1977** CPF: **714.168.383-68**
 RG: **20077558396** Orgão Emissor: **SSPDSCE** UF:
 Filiação: **LUCIA DE FÁTIMA DE FREITAS**
JOSÉ OLAVO DE OLIVEIRA TORRES
 Endereço: **RUA IEDA CAMURÇA, 379**
 Bairro: **HENRIQUE JORGE**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.510-180**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99697-3228**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OSI4595** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4120DR562584** Renavam: **578835754** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **VITTORYA LARAH TORRES SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PMC1498** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **8AGSU19F0FR152298** Renavam: **1033868199** Tipo do Veículo: **AUTOMÓVEL** Marca / Modelo: **I/CHEVROLET CLASSIC LS** Ano: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA** Proprietário: **ANA CECILIA DE SOUSA BRITO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OSI-4595 NA RUA 15 DE NOVEMBRO QUANDO UM CARRO DE PLACAS PMC-1498 CONDUZIDO POR ANA CECILIA DE SOUSA BRITO, AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 29/11/2018 14:08:21

Pág. 1 de 2

Impresso em: 29/11/2018 14:08:21



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018262914

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5138 / 2018

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Delânio Campelo Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



DECLARAÇÃO



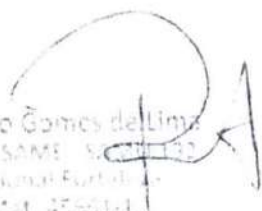
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Michelle Rose Freitas Torres** - C.P.F. **714.168.383-68**, no dia **06/11/2018**, às **11h30min**, na **Rua Almirante Rubim c/ Rua 15 de Novembro**, no **Bairro Montese**, vítima de acidente de trânsito.

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

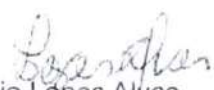
Documento requerido por meio do Processo nº **P437277/2018**.

Fortaleza, 19 de novembro de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - 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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

- Imobilizadores de MS - 03
 - Curios de Proced. 02 pres.
 - Cateterismo 10 cm 01
 - gaze estéril 03
 - Equipos
 - Placas 22 e 20 - 03 / 03

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente MOTO / CARRO, DOR e deformidade em PUNHO D.
 Imobilizado em gesso E, imobilizado o membro
 superior esquerdo H.V. Transportado em nuca
 com intercorrência.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE:

H. A. P. - VIDA

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO☐ RECUSA☐ REMOVIDO POR TERCEIROS☐ OUTRO:☐ ÓBITO →☐ NO LOCAL☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: 06/11/18 às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



ATESTADO MÉDICO

PARA: MICHELLE ROSE FREITAS

PACIENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO DIREITO EM 06/11/2018. NECESSITA DE 60 DIAS DE AFASTAMENTO LABORAL A CONTAR DESSA DATA.

CID S52.5

Fortaleza, 20/11/2018


Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13 798

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - CE		Nº 014142308129	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	0000000000	EXERCÍCIO	2018
000 RENAVAM	0000000000	RENTRC	2018
PPT 01	578835754	NOME	VITTORRYA LARAH TORRES SILVA
FORTALEZA			
/CE			
04060835331			
0514595/CE			
9C2JC4120DR562584			
/CE			
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC			
GASOLINA			
HONDA/CG 125 FAN ES			
2P/OCV/124CC			
PARTIC			
VERMELHA			
1º			
2º			
3º			
00/00/0000			
OBSERVAÇÕES			
FORTALEZA			
25/07/2018			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS		AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS	
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CE Nº 014142308129		04060835331	
0514595/CE		014142308129	
65334577184		SAC DPVAT 0800 022 1204	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT		PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		www.seguradoralider.com.br	
01		04060835331	
578835754		HONDA/CG 125 FAN ES	
2013		9C2JC4120DR562584	
PART		PRÊMIO TARIFÁRIO	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE EMISSÃO	
00/00/0000		25/07/2018	
MOTOR: JC41E2D562584		01070	
CNPJ 05.248.608/0001-04		01070	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/2018

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 6807403

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Profissional(is): FRANCISCO ERISVALDO LUCAS DO NASCIMENTO COREN 77497611
JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO ENFERMEIRO(A) COREN 51963712

Nº: 29928050 06/11/2018 às 16:58

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 06/11/2018
Hora Da Cirurgia A DEFINIR
Cirurgia FRATURA DE RADIO ESQUERDO
Equipe Cirúrgica DR ANTONIO LUIS.

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente EMERGENCIA TRAUMA CIRURGICA.
Identidade Do Paciente Sim.
Autorização Do Paciente Sim.
Avaliação Pré-Anestésica Não.
Informação De Lateralidade Pelo MA Sim. MSE
Confirmação De Vaga Em Uti Não se aplica.
Exames Complementares Sim. LAB + RX.
Exames Radiológicos Sim.
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada Sim.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia Sim.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia Sim.
Confirmação De Reserva De Sangue Não se aplica.
Tricotomia Até 2 Horas Antes Não se aplica.
Higiênização Sim. BANHO.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente Sim.
Prontuário Ativo sim.
Opme Checado sim.
Checagem Completa Dos Equipamentos sim.
Alergias Do Paciente São Conhecidas Não.
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas sim.
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança) sim.
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração Não.
Confirmação De Vaga Em Uti Não.

14047
14047
14047

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/10/2019 às 14:58, sob o número 018047457201908060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0180474-57.2019.8.06.0001 e código 5417E29.

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

06/11/2018

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 6807483

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Profissional(is): FRANCISCO ERIVALDO LUCAS DO NASCIMENTO COREN- 774976 (1) Nº: 29928309 06/11/2018 às 17:05
JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO ENFERMEIRO(A) COREN 519637 (2)

PACIENTE

Profissão	GERENTE
Estado Civil	CASADA
Origem Do Paciente	Residência
Data De Admissão	06/11/2018

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência
Data Da Cirurgia	06/11/2018
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE RADIO ESQUERDO
Bolsa De Identificação	MSD
Responsável Pelo Recebimento	ENFO JEFFERSON FERREIRA
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade	06/11/2018
Avaliação Pré-Anestésica	Não
Comorbidades	HAS
Nome, dosagem, frequência	FAZ USO DE: LOSARTANA 50 MG 1 X AO DIA
Alergia- Descrição	BUSCOPAM COMPOSTO
Tabagista	Não
Etilista	Não
Internações Anteriores	NEGA
Cirurgias Anteriores	Não
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa
Orientações Ao Paciente	Cirurgia
Reserva de Hemoderivados	Não
Reserva de Hemoderivados	
Higienização	Sim

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado	58 kg
Jejum	Sim. JEJUM DESDE DAS 10:30H
Conservado	Sim
Dentição	Preservada

ABDOMEN



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/2018 17:

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 6807483

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO ENFERMEIRO(A) COREN 519637/11 Nº: 29928050 06/11/2018 às 16:59

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	06/11/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	FRATURA DE RADIO ESQUERDO	[1]
Equipe Cirúrgica	DR ANTONIO LUIS.	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA TRAUMA CIRURGICA.	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Autorização Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	[1]
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim. MSE	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.	[1]
Exames Complementares	Sim. LAB + RX.	[1]
Exames Radiológicos	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não se aplica.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não se aplica.	[1]
Higienização	Sim. BANHO.	[1]

Jefferson Ferreira Carneiro
COREN-CE 519.637 ENF

 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

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Lucille Rose F. T. DATA DO NASCIMENTO: 23.07.1977

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: E. Trina Lima DATA DA ADMISSÃO/AValiação: 06/11/18

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

() Não consegue se alimentar bem?	1 +
() História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
() Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
() Escorre alimento pela boca?	4 +
() Demora muito para engolir?	5 +
() Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
() Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
() Há tosse com líquido?	8 +
() Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
() Não consegue engolir?	10 +
() Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +
SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE: <u>0</u>	

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

Risco Moderado: Entre 7 e 15

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

RESULTADO: RISCO ALTO()	RISCO MODERADO()	RISCO BAIXO(<u>X</u>)
--------------------------	-------------------	-------------------------

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de déficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decúbito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente.
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da foncaudiologia.

Jefferson R. Carneiro
COREN-CE 519.637 ENF.

Carimbo e assinatura da(á) enfermeira(s)



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO

Paciente: *Jucille Rose Freitas Torres, 21 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	
Aprazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepse verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações checadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, 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?			
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)			

Assinatura do enfermeiro _____

Assinatura do enfermeiro Líder _____

Jefferson
COREN-CE 519.837 ENF

ANTONIO
PRUDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Michelle Rose Pinheiro | Setor: E. Transito | Leito: FO3 | Data: 06/11/18

Confirmação de local de destino: ☒ Sim ☐ Não | Data de Nascimento: 02/07/1977

Motivo da internação na unidade: fratura de fêmur E.

Dispositivos em uso

☐ Não Sim, especificar: ☐ Marcapasso ☐ Bipap ☐ Bomba de infusão ☐ TQT ☒ CVP ☐ VM ☐ CVC

☐ ☐ SNG, SNE e GTT ☐ Cateter de diálise ☐ SVD ☐ Drenos

☐ Transferência interna: ☐ Enfermaria _____ ☐ UTI _____ ☒ Outro: E.E.

☐ Transferência externa:

Médico assistente: Dr. Antônio Bessa.

AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE

Data: 06.11.18 Hora: ____:____ h

Avaliação de risco: Queda (☒) LP () Flebite (☒) Broncoaspiração () Perda de dispositivo ()

INTEGRIDADE DA PELE
☒ Integra Curativo: Local _____ Grau _____
() Lesão por pressão , especificar Local _____ Grau _____

MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO
☒ Não
() Sim, especificar:
() Anticoagulante
() Insulina
() Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína.)
() Sedativos (ex: benzodiazepínicos)

NECESSIDADE DE ISOLAMENTO
☒ Não
() Sim, tipo:
() Contato
() Respiratório
() Reverso

ALERGIA
() Não
☒ Sim
Medicamento: Besipron clonazepam

Objetos do paciente
☒ Não () Sim, Especificar _____

PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME
() Não
() Sim, especificar _____

RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)
Data e hora: 06.11.18
Jefferson Carneiro
COREN-CE 519.637 ENF

RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)
Data e hora:

OBSERVAÇÕES:
Dieta _____
Medicação de alto custo: _____
Outros: _____



Faz bem pra você

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Michelle Rose Freitas Torres

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
		100 x 100	80			Sólidos +8hs Líquidos +8hs	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
Tto. cirúrgico	Fratura de pulso (D)

Cardio-circulatório ☒ Negativo Tolerância ao exercício ☒ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronaropatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras		Câncer ☒ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Outras		Exame Físico Cardíaco <u>RR2T, 3NF</u> Resp. <u>N/D</u> Neuro <u>N/D</u> Regional <u>N/D</u> Outro							
Respiratório ☒ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras		Infecçoso ☒ Negativo ☐ HIV ☐ Outras		Laboratório <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Na</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </table>		Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose
Hb	Ht	Na									
K	Plaquetas	Glicose									
Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/diarréia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obst. Intestinal ☐ Outras		Gravidez ☒ Negativo ☐ Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano ☒ Negativo Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Term ☐ Pré-termo: ☐ Idade gestacional _____ semanas ☐ Idade pós-conceitual _____ semanas (Idade gest.+Idade atual)		Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia) <u>Lorazepam 30mg - fez uso pela náusea</u>							
Neurológico ☒ Negativo ☐ Convulsões ☐ Dormência/fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras		Hábitos Sociais ☒ Negativo ☐ Tabaco ☐ Alcool ☐ Outras		Via aérea História de via aérea difícil ☒ Sim ☐ Não							
Renal ☒ Negativo ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras		Alergias ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr> <td>Buscopam</td> <td>comportado</td> </tr> </table>		Tipo/Agente	Reação	Buscopam	comportado	Mallampati ☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV Distância estérno/mento <u>11</u> cm Dentição/Prognatismo <u>12 dentes</u>			
Tipo/Agente	Reação										
Buscopam	comportado										
Hematológico ☒ Negativo ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Outras		Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> </table>		Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	Outros Hemorragias ☒ Negativo Tipagem solicitada Reserva de _____ U Conc. Glob				
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes									
Músculo esquelético ☒ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Musculodistrofia ☐ Outras		Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☐ Sim ☒ Não		Avaliação ASA ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI Emergência: ☒ Sim ☐ Não							
Endócrino ☒ Negativo ☐ Diabetes tipo ☐ Patologia da tireoide ☐ Outras		Histórico familiar - problemas com anestesia ☐ Sim ☒ Não		Planejamento Anestésico <u>bloqueio pleuro</u>							

Comentários sobre os achados:

Anestesiologista

CRM

DATA: 06/11/18 HORA: 21:30

ASSINATURA

M.^a Angela de Freitas
Médica
CRM: 13.566

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/20

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 680783

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL, MÉDICO, CRM 13798 (1)

Nº: 29937559 06/11/2018 às 21:2

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FX DO
PUNHO INTERCORRÊNCIAS. CD A SR

Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13798

Paciente: MICHÉLE ROSE FREITAS TORRES		Dt. Nasc.: 24/07/1977		Atendimento: 54740755		Emissão		07/11	
Convenio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 19102188		07/11/2018 às 09:10		Prontuário: 6807483			
Ass.: POSTO 3B		Leito: 3015B/1		Peso: 70.00 kg					
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE									
		3/3h		ORAL		dieta livre			
2. KEFAZOL (1.00g)		1g		1 FRAP (C/1GR)		8/8h		EV	
(02/2)		18 ml						CR	
3. PROFENID IV (100.00mg)		100mg		1 FRAP (C/100MG)		12/12h		EV	
Soro Fisiológico 0.9%		100 ml						CR	
4. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg		2ML (AMPL C/100MC)				EV	
Alta vigilância		100 ml						SN	
5. CLEXANE (40.00mg/ml)		40mg		0.4 ML (SERI C/40MG)				SC	
Alta vigilância								SN	
6. OMEPRAZOL (40.00mg)		40mg		1 FRAP (C/40MG)		24/24h		EV	
Aqua Destilada		18 ml						CR	
7. DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000mg		2ML (AMPL C/500MC)		6/6h		EV	
Aqua Destilada		18 ml						CR	
8. PLAMET (5.00mg/ml)		10mg		2ML (AMPL C/10MG)				EV	
Aqua Destilada		18 ml						SN	
9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO				SN					
10. CURATIVO GRANDE								CRM	
11. PUNCAO C/ JELCO				SN				CRM	
12. SINAIS VITAIS								CRM	
13. SCALP HEPARENIZADO								CRM	
14. BANHO NO LEITO								CRM	
15. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC								CRM	
16. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOI				SN				CRM	
17. COMPRESSÃO COM ÉTER								CRM	
18. Alta em: 07/11/2018				SN				CRM	
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA				ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE				CRM	
Profissionais CRM-8260		RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA							

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

07/11/2018 09:19

192.85.4.101



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

 Página 1 de
 06/11/2018 17:13

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	Dt. Nasc.: 24/07/1977	Atendimento: 54740755	Prontuário: 6807483
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19095909	06/11/2018 às 17:13	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/4		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			

Profissionais:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

 Relacionado a: DOR
 CALAFRIO
 TRATAMENTO CIRÚRGICO
 NÁUSEAS
 VÔMITOS
 SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA 00:00 08:00 16:00

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

 Relacionado a: DOR
 INFECÇÃO PÓS OPERATÓRIA

SINAIS VITAIS 00:00 06:00 12:00 18:00

7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: HISTÓRICO DE QUEDAS

MANTER LEITO NA POSIÇÃO E GRADES LATERAIS LEVANTADAS Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

 Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
 TRAUMATISMO
 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO 00:00

 Jefferson Carneiro
 COREN-CE 519.637 ENF

PRUDENTE

Paciente: MICHELE ROSE FREITAS TORRES
Código: HAPVIDA MATRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

Dt. Nasc.: 24/07/1977
Nº Prescrição: 19097930
Leito: 134107 3057

06/11/2018 às 21:24

Atendimento: 54740755
Prontuário: 6807483
Peso: 70.00 kg

dieta livre

2. KEFAZOL (1.00g)
Aqua Destilada

1g 1FRAP (C/1GR) 8/8h EV

96

3. PROFENID IV (100.00mg)
Soro Fisiológico 0,9%

100mg 1FRAP (C/100MG) 12/12h EV

99 12h

4. TRAMADOL (50.00mg/ml)
Soro Fisiológico 0,9%

100mg 2ML (AMPL C/100MC) EV SN

Alta vigilância
5. CLEXANE (40.00mg/ml)
Alta vigilância

40mg 0.4ML (SERI C/40MG) SC SN

6. OMEPRAZOL (40.00mg)
Aqua Destilada

40mg 1FRAP (C/40MG) 24/24h EV

96

7. DIPIRONA (500.00mg/ml)
Aqua Destilada

1000mg 2ML (AMPL C/500MC) 6/6h EV

99

8. PLAMEL (5.00mg/ml)
Aqua Destilada

10mg 2ML (AMPL C/10MG) EV SN

9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SN

10. CURATIVO GRANDE

SN

11. PUNCAO C/ JELCO

SN

12. SINAIS VITAIS

SN

13. SCALP HEPARENIZADO

SN

14. BANHO NO LEITO

SN

15. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

16. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO

SN

17. COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

Profissionais CRM-13798 PEDRO BARREIRA CABRAL

Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13.798

Allegria à Dipirona

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES Dt. Nasc.: 24/07/1977 Atendimento: 54740755 Prontuário: 6807003
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/4
Profissional(is): FRANCISCO ERISVALDO LUCAS DO NASCIMENTO GOREN 774976 (1) Nº: 29928050 06/11/2018 às 16:58
JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 (2)

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 06/11/2018
Hora Da Cirurgia À DEFINIR
Cirurgia FRATURA DE RADIO ESQUERDO
Equipe Cirúrgica DR ANTONIO LUIS.

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente EMERGENCIA TRAUMA CIRURGICA.
Identidade Do Paciente Sim.
Autorização Do Paciente Sim.
Avaliação Pré-Anestésica Não.
Informação De Lateralidade Pelo MA Sim. MSE
Confirmação De Vaga Em Uti Não se aplica.
Exames Complementares Sim. LAB + RX.
Exames Radiológicos Sim.
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada Sim.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia Sim.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia Sim.
Confirmação De Reserva De Sangue Não se aplica.
Tricotomia Até 2 Horas Antes Não se aplica.
Higienização Sim. BANHO.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente Sim.
Prontuário Ativo sim.
Opme Checado sim.
Checagem Completa Dos Equipamentos sim.
Alergias Do Paciente São Conhecidas Não.
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas sim.
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 MI/Adulto - 7 MI/Kg Criança) sim.
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração Não.
Confirmação De Vaga Em Uti Não.

30720095
30721237
30732026

FICHA DE ANESTESIA

24/10/1997



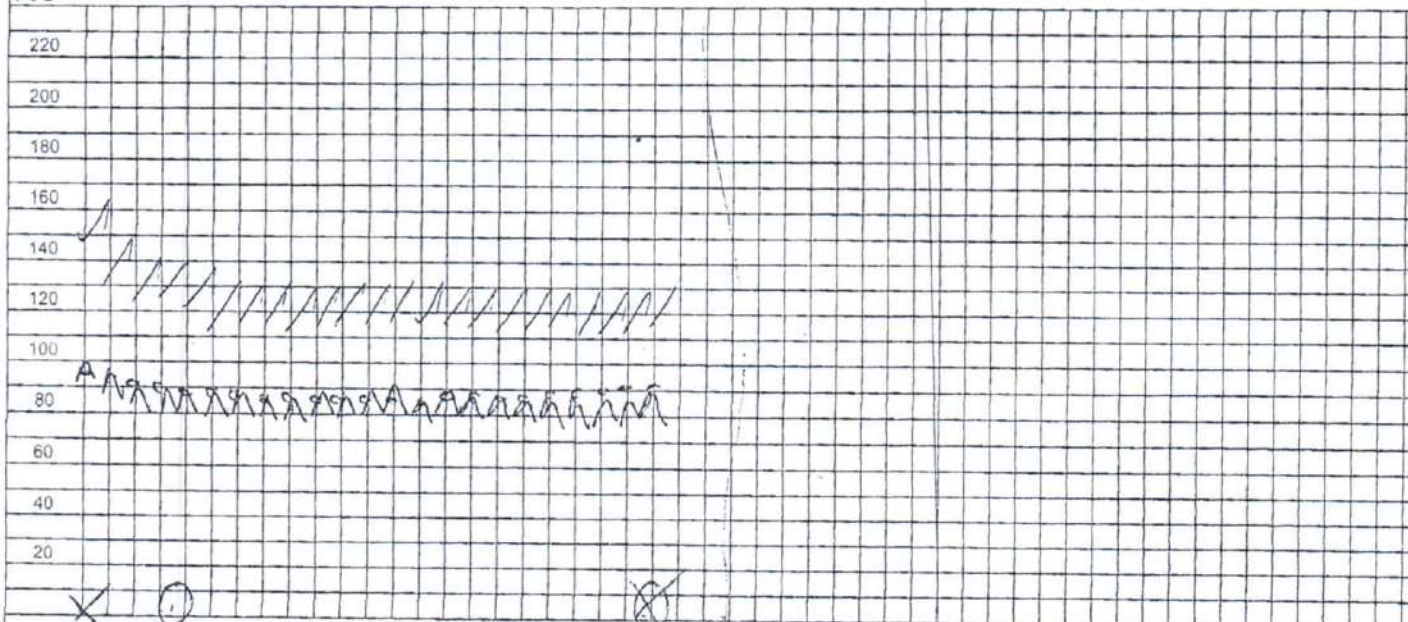
ANTONIO PRUDENTE

Nome: Michelle Rose Freitas Torres Data: 06/11/98
Idade: 41 Sexo: F(X)
Prontuário: 54740755 Convênio: Hap
Diagnóstico: Fratura de punho (D)
Cirurgia: Tto cirurgico Anestesia: Bloqueio plexo bra
Cirurgião: Dr Pedro ASA: II (HAS)

A	HORA	21:40	22:40	23:30
G	O ₂			
E	N ₂ O			
N	Ar			
T				
E				
S				

LÍQUIDOS (F) (R)

CARDIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂				
ETC O ₂				
PVC				



DROGAS			EVENTO		
1	Midazolam	50 mg	9	A	Verificação HSG no P
2	Fentanyl	100 mcg	10	B	
3	Neobupivacaine	100 mg	11	C	Bloqueio de plexo bra
4	Xyloracina cl Adr	400 mg	12	D	avaliação vital
5	Xyloracina cl Adr	100 mg	13	E	avaliação vital
6	Atropina	2 mg	14	F	estabilização de vent
7	Diazepam	10 mg	15	G	periférica, sem sut
8	Atropina	100 mg	16	H	conveniente
9	Propofol	200 mg	17		
10			18		

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Oro	Naso	Sonda:
					Respiração:	Esponj.	Assist.	
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:		Local da Punção:	
					Aguilha:		Técnica:	
					Início:		Final:	
					Duração:			

Condição final op:

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesiista - CRM de Freitas

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

06/11/2018 16:55:00

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6807483	MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	F	24/07/1977	41
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20077558396 SSP CE	71416838368		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R IEDA CARMUÇA 379 HENRIQUE JORGE FORTALEZA-CE CEP:60545270				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
996973228	88682313	LUCIA DE FATIMA DE FREITAS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
I16300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
16/11 18	16:42		
Médico Atendente			Clinica
34403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
34403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano	MARCOS LUIZ DE FREITAS ME	
2-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
15 70003005050			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Osio	Acomodação	Leito	
ENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	04	
Guia	Procedimento	Senha	Descrição
801144	99996666	C89300113	INTERNACAO
801144	30720095	C89300113	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO
801144	30721237	C89300226	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
801144	30732026	C89300192	ENXERTO OSSEO

RISCO QUEDA

AL PRADA

Jefferson Carneiro
COREN-CE 519.637 ENF

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 30

Página de

16/11/2017 17:0

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	Dt. Nasc.: 24/07/1977	Atendimento: 54733245	Prontuário: 680743
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): SAMANTA CHRISTINE GUEDES DE MEDEIROS CRM 16917 [1]	Nº: 29922777	06/11/2018	às 15:01
ANAMNESE			
Queixa Principal	VÍTIMA DE ACIDENTE E TOO. NEGA DORES TORÁCICAS OU ABDOMINAL, APENAS NO BRAÇO ESQUERDO BOM ESTADO GERAL CD.; AO TRAUMA		
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS		
Alergias	Não		
Medicação Em Uso	Não		
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		
EXAME FÍSICO			
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim		
DIAGNÓSTICO			
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS		
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 09/10/2019 às 14:58, sob o número 0180474-57.2019.8.06.0001, sob o código 5417E29. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0180474-57.2019.8.06.0001 e código 5417E29.



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
54733245



fls. 31

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

16/11/2018 17:00:11

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6807483	MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	F	24/07/1977	
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20077558396 SSP CE	71416838368		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R IEDA CARMUÇA,379 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60545270				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
996973228	88682313			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -		COLETIVO
Carteira	Validade		
21568000003005050			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/11/2018	12:12		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
3130886 SAMANTA CHRISTINE GUEDES DE MEDEIROS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) LEANDRO GOMES FORTE

CONFIRMADO

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

16/11/2018 16:59

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	Dt. Nasc.: 24/07/1977	Atendimento: 54733235	Prontuário: 680743
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/6	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]		Nº: 29923225	06/11/2018 às 15:12
IDENTIFICAÇÃO			
Nº Atendimento	54733235		[1]
Nome Completo	MICHELLE ROSE FREITAS TORRES		[1]
Data De Nascimento	24/07/1977		[1]
Nome Da Mãe	LUCIA DE FATIMA DE FREITAS		[1]
Data Da Internação	06/11/2018		[1]
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA			
SINAIS VITAIS			
Dispensa Registro de Sinais Vitais	Sim		[1]
OUTROS DADOS E SINAIS			
COMORBIDADES			
DIAGNÓSTICO			
CID Principal	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO		[1]
PARECER DO ESPECIALISTA			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.		[1]



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
54733235



fls. 38

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

16/11/2018 17:01:19

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6807483	MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	F	24/07/1977	
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20077558396 SSP CE	71416838368		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R IEDA CARMUÇA,379 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60545270				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
996973228	88682313			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	MARCOS LUIZ DE FREITAS ME		
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
21568000003005050			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/11/2018	12:10		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1,10) LEANDRO GOMES FORTE



AVALIAÇÃO DE RISCO ADULTO

Página de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/11/2018 17:11

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES Dt. Nasc.: 24/07/1977 Atendimento: 54740755 Prontuário: 6807483
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/4

Profissional(is): JEFFERSON PEREIRA GARNIERO ENFERMEIRO COREN-CE 519.637 ENF Nº: 29928808 06/11/2018 às 17:17

QUEDA

Histórico de Quedas Sim
 Normal/Acamado/Imóvel Sim
 Orientado Sim
 Risco de Queda 25 - Baixo risco

FLEBITE

Fragilidade Capilar Sim
 Risco de flebite Apresenta risco de flebite

PERDA DE DISPOSITIVOS

Outras condições Sim
 Risco de perda de dispositivo Apresenta risco de perda de dispositivo

BRONCOASPIRAÇÃO

Risco de broncoaspiração NÃO

LESÃO POR PRESSÃO

Escala De Braden 18 - Paciente sem risco
 Levemente Limitado Sim
 Ocasionalmente Molhado Sim
 Anda Ocasionalmente Sim
 Levemente Limitado Sim
 Adequado Sim
 Nenhum Problema Sim

Jefferson P. Garnier
 COREN-CE 519.637 ENF.

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 680783

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Profissional(is): FRANCISCO ERIVALDO LUCAS DO NASCIMENTO COREN 724972
JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO ENFERMEIRO COREN 519637/2

Nº: 29928050 06/11/2018 às 16:50

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	06/11/2018
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR
Cirurgia	FRATURA DE RADIO ESQUERDO
Equipe Cirúrgica	DR ANTONIO LUIS.

ANTES DE ENCAMINHAR AO CO

Sector De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA TRAUMA CIRURGICA.
Identidade Do Paciente	Sim.
Autorização Do Paciente.	Sim.
Avaliação Pré-Anestésica	Não.
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim. MSE
Confirmação De Vaga Em Util	Não se aplica.
Exames Complementares	Sim. LAB + RX.
Exames Radiológicos	Sim.
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.
Confirmação De Reserva De Sangue	Não se aplica.
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não se aplica.
Higiênização	Sim. BANHO.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente	Sim.
Prontuário Ativo	sim.
Opme Checado	sim.
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 MI/Adulto - 7 MI/Kg Criança)	sim.
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	Não.
Confirmação De Vaga Em Util	Não.

Avalia Gonçalves
matologia

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 6807483

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Profissional(is): FRANCISCO PEREIRA DO NASCIMENTO GOREN Nº: 29928309 06/11/2018 às 17:05
JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO ENFERMEIRO AN Nº: 51963742

PACIENTE

Profissão: GERENTE [2]
Estado Civil: CASADA [2]
Origem Do Paciente: Residência [2]
Data De Admissão: 06/11/2018 [2]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia: Emergência [2]
Data Da Cirurgia: 06/11/2018 [2]
Procedimento Cirúrgico Proposto: FRATURA DE RADIO ESQUERDO [2]
Bolsa De Identificação: MSD [2]
Responsável Pelo Recebimento: ENFO JEFFERSON FERREIRA [2]
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade: 06/11/2018 [2]
Avaliação Pré-Anestésica: Não [2]
Comorbidades: HAS [2]
Nome, dosagem, frequência: FAZ USO DE: LOSARTANA 50 MG 1 X AO DIA [2]
Alergia- Descrição: BUSCOPAM COMPOSTO [2]
Tabagista: Não [2]
Etilista: Não [2]
Internações Anteriores: NEGA [2]
Cirurgias Anteriores: Não [2]
Avaliação Das Condições Emocionais: Cooperativa [2]
Orientações Ao Paciente: Cirurgia [2]
Reserva de Hemoderivados: Não [2]
Reserva de Hemoderivados: [2]
Higienização: Sim [2]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado: 68 kg [2]
Jejum: Sim. JEJUM DESDE DAS 10:30H [2]
Conservado: Sim [2]
Dentição: Preservada [2]

ABDOMEN

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/10/2019 às 14:58, sob o número 01804745720198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0180474-57.2019.8.06.0001 e código 5417E29.

ANTONIO
PRUDENTE

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/2018 17:58

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 6807483

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO ENFERMEIRO COREN 519637 ENF Nº: 29928050 06/11/2018 às 18:59

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	06/11/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	À DEFINIR	[1]
Cirurgia	FRATURA DE RADIO ESQUERDO	[1]
Equipe Cirúrgica	DR ANTONIO LUIS.	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO C.C.		
Setor De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA TRAUMA CIRURGICA.	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Autorização Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	[1]
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim. MSE	[1]
Confirmação De Vaga Em UI	Não se aplica.	[1]
Exames Complementares	Sim. LAB + RX.	[1]
Exames Radiológicos	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não se aplica.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não se aplica.	[1]
Higienização	Sim. BANHO.	[1]

 Jefferson F. Carneiro
 COREN-CE 519637 ENF



FORMULÁRIO PÉRI-OPERATÓRIO

Página 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/2018

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES Dt. Nasc.: 24/07/1977 Atendimento: 54740755 Prontuário: 680748
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/4

Urinárias

CONFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

06/11/2018

Hora

17:13

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

Jefferson R. Camero
COREN-CE 519.837 ENF.

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

Nome do paciente: Luciane Rosa Freitas Data de Nascimento: 24.04.1977
 Nº do prontuário: F03 Data de admissão: 06.11.18
 Leito: _____ Data da realização da escala: _____

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História de queda anterior	1 4	Não Sim	2
B	Condições de saúde	1 2 2	Sem doenças Crônicas Doenças Crônicas Doenças oportunistas Uso de medicamentos	1
C	Estado de consciência e orientação	2 2	Consciente/Orientado quanto às suas limitações de locomoção Inconsciente/Parcialmente orientado quanto às suas limitações de locomoção	1
D	Estado psicocognitivo	4 1 2 3	Alerta e calmo Depressivo Ansioso Agitação psicomotora	1
E	Comprometimento sensorial	1 2 3 4	Sem comprometimento sensorial Dificuldade auditiva Dificuldade visual Dificuldade sensorial	1
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1 2 3 4	Independente e sem risco de risco Acamado Locomove-se apenas com ajuda Locomove-se com cadeiras de rodas Locomove-se com ajuda de apoios de marcha Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
G	Alterações nas eliminações	1 4	Não Sim	1

SOMA DOS PONTOS:

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de queda de baixo risco
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	Calazati
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)		

Jefferson Carmezio
 ENF. 519.837 ENF.

CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR (MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE)



ANTONIO
PRUDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Setor: E. (Interna)	Setor: 10	Data: 06/11/18
Nome: <u>Luciana</u>	Confirmação de local de destino: ☒ Sim ☐ Não	Data de Nascimento: <u>24/02/1977</u>		
Motivo da internação na unidade: <u>fratura de fêmur direito</u>				
Dispositivos em uso				
☐ Não Sim, especificar: ☐ Marcapasso ☐ Bipap ☐ Bomba de Infusão ☐ TQT ☒ CVP ☐ VM ☐ CVC ☐ SNG, SNE e GTT ☐ Cateter de diálise ☐ SVD ☐ Drenos ☐ Transferência interna: ☐ Enfermaria ☐ UTI ☒ Outro: <u>E.E.</u> ☐ Transferência externa: <u>Dr. Antônio Prudente</u>				
Médico assistente: <u>Dr. Antônio Prudente</u>				

AValiação PRÉ-TRANSPORTE

Data: 06/11/18 Hora: 14 h

Avaliação de risco: Queda ☒ LP ☐ Flebite ☒ Broncoaspiração ☐ Perda de dispositivo ☐

INTEGRIDADE DA PELE

☒ Integra Curativo: Local _____ Grau _____

☐ Lesão por pressão, especificar Local _____ Grau _____

MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO

- ☒ Não
- ☐ Sim, especificar:
- ☐ Anticoagulante
- ☐ Insulina
- ☐ Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína.)
- ☐ Sedativos (ex: benzodiazepínicos)

NECESSIDADE DE ISOLAMENTO

- ☒ Não
- ☐ Sim, tipo:
- ☐ Contato
- ☐ Respiratório
- ☐ Reverso

ALERGIA

- ☐ Não
- ☒ Sim

Medicamento: Bupropion Amoxicilina

Objetos do paciente

- ☒ Não ☐ Sim, Especificar _____

PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME

- ☐ Não
- ☒ Sim, especificar _____

RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)

Data e hora: 06.11.18

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519 637 ENF

RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)

Data e hora: _____

OBSERVAÇÕES:

Dieta _____

Medicação de alto custo: _____

Outros: _____

CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR (MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE)



ANTÔNIO
PRUDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>Michelle Figueira Pinheiro</u>	Setor: <u>E. T. P. de</u> Data: <u>06/11/18</u>
Confirmação de local de destino: ☒ Sim ☐ Não	Data de Nascimento: <u>04/07/1977</u>
Motivo da internação na unidade: <u>Fratura de fêmur E.</u>	
Dispositivos em uso	
☐ Não Sim, especificar: ☐ Marcapasso ☐ Bipap ☐ Bomba de infusão ☐ TQT ☒ CVP ☐ VM ☐ CVC ☐ ☐ SNG, SNE e GTT ☐ Cateter de dialise ☐ SVD ☐ Drenos ☐ Transferência Interna: ☐ Enfermaria ☐ UTI ☒ Outro: <u>E.E.</u> ☐ Transferência externa: <u>Dr. Antônio Bais.</u>	
Médico assistente: <u>Dr. Antônio Bais.</u>	

AValiação PRÉ-TRANSPORTE

Data: <u>06/11/18</u>	Hora: <u> </u> : <u> </u> : <u> </u> h
Avaliação de risco: Queda ☒ LP ☐ Flebite ☒ Broncoaspiração ☐ Perda de dispositivo ☐	
INTEGRIDADE DA PELE ☒ Inteira ☐ Lesão por pressão, especificar Local <u> </u> Grau <u> </u> Curativo: Local <u> </u> Grau <u> </u>	
Medicação de RISCO EM USO ☒ Não ☐ Sim, especificar: ☐ Anticoagulante ☐ Insulina ☐ Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína.) ☐ Sedativos (ex: benzodiazepínicos)	
NECESSIDADE DE ISOLAMENTO ☒ Não ☐ Sim, tipo: ☐ Contato ☐ Respiratório ☐ Reverso	
ALERGIA ☐ Não ☒ Sim Medicamento: <u>Bupropion e amoxicilina</u>	
Objetos do paciente ☒ Não ☐ Sim, Especificar <u> </u>	
PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME ☐ Não ☐ Sim, especificar <u> </u>	
RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo) Data e hora: <u>06.11.18</u> <u>Jefferson Carneiro</u> COREN-CE 519.637 ENF.	RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo) Data e hora: <u> </u>
OBSERVAÇÕES: Dieta <u> </u> Medicação de alto custo: <u> </u> Outros: <u> </u>	



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO

Paciente: *Isabelle Thone Freitas Torres, 21 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 chegadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipamentos, sonda e BICs.	X		
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	X		
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.		X	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.		X	
Procedimentos de enfermagem tais como: (curativos, punção venosa, sondagens, AVAS e etc). E procedimentos médicos como: (paracentese, drenagem de tórax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?		X	
Existe acompanhamento dos registros/ fechamento de B.H em sistema?		X	
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Inclusive para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.	X		
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?			
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)			

Assinatura do enfermeiro _____

Assinatura do enfermeiro Líder _____

Jefferson
COREN-CE 519.637 ENF

 ANTÔNIO 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

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Lucille Rose F. T. DATA DO NASCIMENTO: 23/07/1927

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: E. Tereza Quintana DATA DE ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 06/11/18

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

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

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

Risco Moderado: Entre 7 e 15

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

RESULTADO:	RISCO ALTO ()	RISCO MODERADO ()	RISCO BAIXO (<u>X</u>)
------------	----------------	--------------------	--------------------------

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

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

Jefferson V. Carneiro
COREN-CE 519.837 ENF.

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 6807403

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Urinárias

Presente.

CONFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

06/11/2018

Hora

17:13

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

enfermeiro bane

Hora

21:30

Sala

03

Condições Da Pele ao Início da cirurgia

Intraga

Início Da Anestesia

21:40

Término Da Anestesia

23:30

Início Da Cirurgia

21:40

Término Da Cirurgia

23:30

Instrumentador

alves

Circulante

erisvaldo

Posição do paciente durante o ato operatório

dorsal.

Quantidade De Compressas Utilizadas No Início

10 UD

Quantidade De Compressas Utilizadas No Término

10 UD

Exame Laboratorial

s

Exames De Imagem

s

Clorhexedine Alcoólico

s

Clorhexedine Degermante

s

Álcool

s

Éter

s

Tipo

Elétrico.

Material

pequenos, fraguimentos.

Fornecedor

ortogenese

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia

Intraga

Grau De Contaminação

limpa.

Encaminhamento Do Paciente

SRPA.

Encaminhamento Do Paciente

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/10/20

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 6807483

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

PA

120\80

FC

78 bpm

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2

100 %

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Hora

OBSERVAÇÕES/INTERCORRENCIAS

Observação

AS 21:30 PACT ADMT PARA O PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO ORIENTADO CONCIENTE COM O DR PEDRO BARREIRA COM A NESTESIA BLOQUEIO PLEK E ACESSO VENOSO PERIFERICO COM A DRA ANGELA. AS 23:30 PACT ENCAMINHADO PARA RPA SEM NENHUMA INTERCORENCIA CIRURGICA SEGUE OS CUIDADOS MEDICO. ERISVALDO

PÓS-OPERATÓRIO

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 01804745720198060001

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Paciente Certo

sim.

Sítio Cirúrgico Identificado

sim.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado

sim.

Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento

sim.

Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos

sim.

Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada

sim.

Esterilização Do Material Confirmada E Validada

sim.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros

sim.

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados

sim.

Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura

sim.

Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica

sim.

Preenchimento De Gulas E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião

sim.

Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus

sim.

Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas

Não.

Dr. Antonio Luiz Viana Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia Ortopédica
- 12 4001-14047

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 47

Página 1 de 1

06/11/2018 12:12

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	Dt. Nasc.: 24/07/1977	Atendimento: 54733235	Prontuário: 680733
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]		Nº: 29915842	06/11/2018 às 12:12

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU POR COLISÃO MOTO-CARRO REFERE DOR NO PUNHO D E COLNA LOMBAR ORIENTADA, COOPERATIVA, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA
Queixa Principal	
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Alergias	BUSCOPAM COMPOSTO
Medicação Em Uso	Não
Antecedentes Patológicos Familiar	Não

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim
---	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

LEANDRO 21082

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

fls. 48

Página de

16/11/2018 16:5

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	Dt. Nasc.: 24/07/1977	Atendimento: 54733235	Prontuário: 680743
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/6	
Profissional(is): ALESANDRA DO VALE SILVA COREN 723414 [1]	Nº: 29917110	06/11/2018	às 12:43
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		PROFENID IV FRAP 100MG EV ADMINISTRADO AS 12:43, EM 06/11/2018 RESP. ALESANDRA DO VALE SILVA, COREN/CE 723414.	
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem		Sim	

CONFIRMAÇÃO

LEANDRO 21082

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

16/11/2018 16:23

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES Dt. Nasc.: 24/07/1977 Atendimento: 54733235 Prontuário: 680743
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/3
Profissional(is): TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO COREN 1173154 [1] Nº: 29926421 06/11/2018 às 16:23

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1 TUBO 500ML EV ADMINISTRADO AS 16:23, EM 06/11/2018 RESP. TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, COREN/CE 1173154.

PROFENID IV FRAP 100MG EV ADMINISTRADO AS 16:23, EM 06/11/2018 RESP. TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, COREN/CE 1173154.

AXILO-PALMAR OU PENDENTE 1 REALIZADO AS 16:23, EM 06/11/2018 RESP. TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, COREN/CE 1173154.

PUNÇÃO C/ JELCO REALIZADO AS 16:23, EM 06/11/2018 RESP. TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, COREN/CE 1173154.

[1]

LEANDRO 21082

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

16/11/2018 17:12

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	Dt. Nasc.: 24/07/1977	Atendimento: 54733245	Prontuário: 6807473
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): SAMANTA CHRISTINE GUEDES DE MEDEIROS CRM 16917 [1]	Nº: 29916665	06/11/2018	às 12:32
ANAMNESE			
Queixa Principal	NÃO COMPARECEU [1]		
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]		
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS [1]		
Alergias	Não [1]		
Medicação Em Uso	Não [1]		
Antecedentes Patológicos Familiar	Não [1]		
EXAME FÍSICO			
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim [1]		
DIAGNÓSTICO			
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS [1]		
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS [1]		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

16/11/2018 11:00

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	Dt. Nasc.: 24/07/1977	Atendimento: 54733245	Prontuário: 680743
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO COREN 1173154 [1]	Nº: 29927041	06/11/2018	às 16:37

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA REALIZADO AS 16:37, EM 06/11/2018 RESP. TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, COREN/CE 1173154.

CURATIVO COM IRUXOL/KOLAGENASE GRANDE REALIZADO AS 16:37, EM 06/11/2018 RESP. TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, COREN/CE 1173154.

CURATIVO EXTRA GRANDE REALIZADO AS 16:37, EM 06/11/2018 RESP. TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, COREN/CE 1173154.

LEANDRO 21082

ANTONIO
PRUDENTE

NOTA DE SALA

Atendimento: 54740755 Prontuário: 6807483 MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Cirurgia(s): 30720095 FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO) Tipo Anestesia: BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA

30721237 REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO 30732026 ENXERTO OSSEO

Sala Cirúrgica: SALA CC 05 Setor Emite: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Apto.: 3015B

Equipe Médica: CIRURGIAO 3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798

PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO 1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES CRM 12444

ANESTESISTA 22179 MARIA ANGELA DE FREITAS CRM 13568

CIRCULANTE 3125491 FRANCISCO ERISVALDO LUCAS DO NASCIMENTO COREN 774976

INSTRUMENTADORA 1686348 FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES FILHO COREN 304786

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
31720	Materiais Médico-Hospitalares		34290	Medicamentos	
51373	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	39144	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	1
27855	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	36811	ANTAK AMPL 2 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	3	38008	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML AMPL 2.5 ML	1
134865	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	48542	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	1
31739	AGULHA STIMUPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	40037	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
31747	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	139923	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
51083	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48674	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
27944	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	42013	IRUXOL BISN 30 GR	1
152352	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	5	134164	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	5
81868	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	59609	NOVABUPI C/AD 0.5% FRAP 1 UD	2
30163	CANETA DESCARTAVEL P/ BISTURI - 1 UD	1	43290	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
135866	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	43788	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML	1
112712	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML	1
158880	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	45233	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
27138	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4	45250	XYLOCAINA C/AD 2% FRAP 20 ML	1
50997	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1		XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
31771	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100			
25771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
161606	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
165563	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4 - ENV 1 UD	1			
133505	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	2			
50857	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	6			
50854	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
50938	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
30635	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
30651	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30650	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	2			
30878	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	4			
30724	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	2			
50822	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	80			
51004	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA CMIRAS PCT 50 UD	5			
97209	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	150			
130923	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3,5MM - 1 UD	6			
27650	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
50849	PLACA EM T PUMERO 3,5MM C/PARAFUSOS - 1 UD	1			
10848	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
10850	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
10864	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
10872	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
0881	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
47256	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
6430	TRANSOFIX - 1 UD	1			
	ULTRA GEL 5000 GR	30			

ta: 06/11/2018

Cirurgião: PEDRO BARREIRA CABRAL

Anestesista: MARIA ANGELA DE FREITAS

B4- 4

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/2018 23:08

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	Dt. Nasc.: 24/07/1977	Atendimento: 54740755	Prontuário: 6807483
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/4	
Profissional(is): ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES, MEDICO, CRM: 12444 [1]		Nº: 29940243 06/11/2018 às 23:08	
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S525		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S525		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	06/11/2018		[1]
Hora Da Cirurgia	21:00 AS 23:30		[1]
Cirurgia	OSTEOSSINTESE FRATURA ANTEBRAÇO		[1]
Cirurgião	DR PEDRO BARREIRA		[1]
1º Auxiliar	DR ANTONIO LUIZ		[1]
Descrição Cirúrgica	1. PCT DDH SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO CAMPO ESTERIL 3. ACESSO VOLAR ANTEBRAÇO 4. REDUÇÃO E FIXAÇÃO FRATURA COM PLACA T 3.5 + 06 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 5. REPARO LIGAMENTAR DO CARPO 6. RETIRADA ENXERTO OSSEO OLECRANO E APOSIÇÃO FOCO FRATURA 7. SINTESE INCISAO POR PLANO 8. CURATIVO		[1]
Códigos Dos Procedimentos	FRATURA ANTEBRAÇO 30720095 REPARO LIGAMENTAR CARPO 30721237 ENXERTO 30732026		[1]

Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 73.798

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia Quadril
CREMEC - 12.444 TEOT 14047

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 680183

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Paciente Certo sim.

Sítio Cirúrgico Identificado sim.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado sim.

Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento sim.

Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos sim.

Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada sim.

Esterilização Do Material Confirmada E Validada sim.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros sim.

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados sim.

Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura sim.

Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica sim.

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

Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus sim.

Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas Não.



PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
06/11/2018 05:17 PM
rp1532_02

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES	Dt. Nasc.: 24/07/1977	Atendimento: 54740755	Prontuário: 6807483
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19095917	06/11/2018 às 17:15	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/4		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO (COREN 519637)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	00:00	06:00	12:00 18:00
NÍVEL DE ORIENTACAO	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Jefferson Ferreira Carneiro
COREN-CE 519.637 ENF.

DL Nasc.: 21/02/1974
 Convento: HAPVIDA MATRIZ
 Profissionais: TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1173154 (1) II

Prontuário: 6807483

Nº Documento: 19095904

Atendimento: 54740755

[illegible]

Tereza Raquel Lima Monteiro
Tereza Raquel Lima Monteiro
Técnica Enfermagem
COREN-CE 001.173.154

ANTONIO
PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pag: 1

07/11/2018 0

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSÉ FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 6807483

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 3B

Leito: 3015B/1

Profissional(is): GERMANA NOGUEIRA DE SOUZA SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 523192

Nº: 29947396 07/11/2018 às 08:27

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

M.R.T., 41ANOS, SEXO FEMININO.

HD: POI DE FRATURA DE PUNHO.

ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR
 AMBIENTE. DIURESE PRESENTE E ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICA
 AUSENTES NO PERÍODO. COM AVP EM MSE FUNCIONANTE.
 PULSEIRA EM MSD. CURATIVO INTEGRAL. MONITORIZADO E
 AFERIDO SSVV. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE INFECÇÃO: OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS, TROCA DE
 ACESSO VENOSO A CADA 72HS.
 RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES ELEVADAS E TRAVAS DAS
 RODAS ATIVADAS.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

Germana Nogueira de Souza Silva
 Enfermeira
 COREN-CE 523192

ANTONIO
PRUDENTE

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1 de 1

07/11/2019 09:16

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 6807483

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 3B

Leito: 3015B/1

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]

Nº: 29949587 07/11/2018 às 09:16

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PÓS OP DE FRATURA D EPUNHO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente): Michele Rox Freitas

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 Bloqueio plexo braquial ou a seguinte alternativa anestésica Qual

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, 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 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 foi esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

06 de Novembro de 20 18

Hora: 16:56

Nome legível: Vittória Luanh Torres Silva

Assinatura: [assinatura]

Grau de parentesco do responsável: Filha

CPF: 091080835831

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

M.^a Angela de Freitas
Médica
CRM 13.566

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

CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR (MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE)



ANTÔNIO
PRUDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Michelle Pereira Setor: E. I. Cirúrgica Bairro: 10 Data: 06/11/18
 Confirmação de local de destino: ☒ Sim ☐ Não Data de Nascimento: 24/07/1977
 Motivo da internação na unidade: fratura no membro E.
 Dispositivos em uso
☐ Não Sim, especificar: ☐ Marcapasso ☐ Bipap ☐ Bomba de Infusão ☐ TQT ☒ CVP ☐ VM ☐ CVC
☐ SNG, SNE e GTT ☐ Cateter de dialise ☐ SVD ☐ Drenos
☐ Transferência interna: ☐ Enfermaria ☐ UTI ☒ Outro: E.E.
☐ Transferência externa:
 Médico assistente: Dr. Anderson Lima

AValiação PRÉ-TRANSPORTE

Data: 06/11/18 Hora: 14 h

Avaliação de risco: Queda ☒ LP ☐ Flebite ☒ Broncoaspiração ☐ Perda de dispositivo ☐

INTEGRIDADE DA PELE

☒ Inteira Curativo: Local _____ Grau _____
☐ Lesão por pressão, especificar Local _____ Grau _____

MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO

☒ Não
☐ Sim, especificar:
☐ Anticoagulante
☐ Insulina
☐ Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína.)
☐ Sedativos (ex: benzodiazepínicos)

NECESSIDADE DE ISOLAMENTO

☒ Não
☐ Sim, tipo:
☐ Contato
☐ Respiratório
☐ Reverso

ALERGIA

☐ Não
☒ Sim

Medicamento: Aspirina Paracetamol

Objetos do paciente

☒ Não ☐ Sim, Especificar _____

PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME

☐ Não
☐ Sim, especificar _____

RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)

Data e hora:

06.11.18

Jefferson F. Carneiro
 COREN-CE 515 637 ENF

RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)

Data e hora:

OBSERVAÇÕES:

Dieta _____

Medicação de alto custo: _____

Outros: _____

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

Nome do paciente: <u>Isabella Rosa Freitas</u>	Data de Nascimento: <u>24.07.1977</u>
Nº do prontuário:	Data de admissão: <u>06.11.18</u>
Leito: <u>F03</u>	Data da realização da escala:

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1 () 4 ()	Não Sim	4
B	Condições de saúde	1 2 2 2	Sem doenças Crônicas Doenças Crônicas Doenças oportunistas Uso de medicamentos	2
C	Estado de consciência e orientação	1 2 2 4	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	1
D	Estado psico-cognitivo	1 2 3 4	Alerta e calmo Depressivo Ansioso Agitação psicomotora	1
E	Comprometimento Sensorial	1 2 3 4	Sem comprometimento sensorial Dificuldade auditiva Dificuldade visual Dificuldade sensorial	1
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1 1 2 3 4	Independente e sem fator de risco Acamado Locomove-se apenas com ajuda Locomove-se com cadeiras de rodas Locomove-se com ajuda de apoios de marcha Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
G	Alterações nas eliminações	1 4	Não Sim	1
SOMA DOS PONTOS:				11

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

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral prévio	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmose
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corpórea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	 Jefferson P. Carneiro CRP 519.637 ENF.
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX: hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/2018 17:17

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES Dt. Nasc.: 24/07/1977 Atendimento: 54740755 Prontuário: 6807483
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/4

Urinárias

CONFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

06/11/2018

Hora

17:13

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

Jefferson Carneiro
COREN-CE 515.637 ENF.

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/2018

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 680748

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Urinárias

Presente.

CONFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

06/11/2018

Hora

17:13

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

enfermeiro bene

Hora

21:30

Sala

03

Condições Da Pele ao Início da cirurgia

intraga

Início Da Anestesia

21:40

Término Da Anestesia

23:30

Início Da Cirurgia

21:40

Término Da Cirurgia

23:30

Instrumentador

alves

Circulante

erisvaldo

Posição do paciente durante o ato operatório

dorsal.

Quantidade De Compressas Utilizadas No Início

10 UD

Quantidade De Compressas Utilizadas No Término

10 UD

Exame Laboratorial

s

Exames De Imagem

s

Clorexedine Alcoólico

s

Clorexedine Degermante

s

Álcool

s

Éter

s

Tipo

Elétrico.

Material

pequenos fraguimentos

Fornecedor

ortogenese

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia

intraga

Grau De Contaminação

limpa.

Encaminhamento Do Paciente

SRPA.

Encaminhamento Do Paciente

Horário De Saída Da S.O

23:40

 Maria Gonçalves

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/10/2019 às 14:58, sob o número 01804744-2019080600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01804744-2019-8.06-0001 e código 5417E31.

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/20

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 680783

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

PA

120\80

FC

78 bpm

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2

100 %

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Hora

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Observação

AS 21:30 PACT ADMT PARA O PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO ORIENTADO CONCIENTE COM O DR PEDRO BARREIRA COM A NESTESIA BLOQUEIO PLEK E ACESSO VENOSO PERIFERICO COM A DRA ANGELA. AS 23:30 PACT ENCAMINHADO PARA RPA SEM NENHUMA INTERCORENCIA CIRURGICA SEGUE OS CUIDADOS MEDICO. ERISVALDO

PÓS-OPERATÓRIO

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES

Dt. Nasc.: 24/07/1977

Atendimento: 54740755

Prontuário: 680783

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Paciente Certo sim.

Sítio Cirúrgico Identificado sim.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado sim.

Checkagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento sim.

Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos sim.

Checkou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada sim.

Esterilização Do Material Confirmada E Validada sim.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros sim.

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados sim.

Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura sim.

Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica sim.

Preenchimento De Gulas E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião sim.

Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus sim.

Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas Não.

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia Quadril
- MEC - 12 443 TEOT 14047

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/10/2019 às 14:58, sob o número 0180474-57.2019.8.06.0001 e código 5417E31. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0180474-57.2019.8.06.0001 e código 5417E31.

ANTONIO
PRUDENTE

AVALIAÇÃO DE RISCO ADULTO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/11/2018 17:17

Paciente: MICHELLE ROSE FREITAS TORRES Dt. Nasc.: 24/07/1977 Atendimento: 54740755 Prontuário: 6807483
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/4

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637/[1] Nº: 29928808 06/11/2018 às 17:17

QUEDA		
Histórico de Quedas	Sim	[1]
Normal/Acamado/Imóvel	Sim	[1]
Orientado	Sim	[1]
Risco de Queda	25 - Baixo risco	[1]
FLEBITE		
Fragilidade Capilar	Sim	[1]
Risco de flebite	Apresenta risco de flebite	[1]
PERDA DE DISPOSITIVOS		
Outras condições	Sim	[1]
Risco de perda de dispositivo	Apresenta risco de perda de dispositivo	[1]
BRONCOASPIRAÇÃO		
Risco de broncoaspiração	NÃO	[1]
LESÃO POR PRESSÃO		
Escala De Braden	18 - Paciente sem risco	[1]
Levemente Limitado	Sim	[1]
Ocasionalmente Molhado	Sim	[1]
Anda Ocasionalmente	Sim	[1]
Levemente Limitado	Sim	[1]
Adequado	Sim	[1]
Nenhum Problema	Sim	[1]

Jefferson Ferreira Carneiro
 COREN-CE 519.637 ENF.

SINISTRO 3190372472 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MICHELLE ROSE FREITAS TORRES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO MICHELLE ROSE FREITAS TORRES
CPF/CNPJ: 71416838368

Posição em 09-10-2019 14:31:19

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/07/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25