

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome:	Aldemir Carlos Marquês		Nacionalidade:	Brasileira
Estado Civil:	Solteiro	Profissão:	Técnico em DTH	
CPF nº:	040.072.913-75	Residência:	Rua A. 1555 - Condomínio Jardim Paulista II	
Bairro:	Barro Vermelho	Cidade:	Fortaleza	CEP: 60863590

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:

Amplios 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.

Fortaleza (CE), 26 de Novembro de 2019.

X Aldemir Carlos Marquês
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Adilson Carlos Mesquita, brasileiro(a),
Solteiro, Técnico em DTH portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
20070090 17 362, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 04002291375, residente e
domiciliado(a) na Rua A, nº 1555,
Bomero, Bairro: Bomero, Cep nº 60863-590,
-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.

Fortaleza (CE), 26 de Novembro de 2019.

x Adilson Carlos Mesquita

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ARLIANDO CARLOS MESQUITA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISOR NF
2007009017362 SSP CE

CPF
040.022.913-75 DATA NASCIMENTO
25/05/1993

FRACAO
FRANCISCO ARLINDO
BARBOSA MESQUITA
IRISMAR CARLOS
MESQUITA

REMBIO ACC CAZAR
AB

Nº REGISTRO
05424894685 VALIDADE
13/06/2021 1ª HABILITACAO
15/02/2012

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO TITULAR
Arlindo Carlos Mesquita

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSAO
15/06/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
07560664780
CE153924004

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1285010156

PROIBIDO PLASTIFICAR
1285010156

8880448

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

fls. 9

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

574774858

Rota 12 01220 19 274600 - 0 Data de Emissão 18/05/2019
Nome LUCIVALDA MOREIRA LIMA
End. Postal RU E CONJ JOAO PAULO II 00115
JANGURUSSU - FORTALEZA - 60000000
Medidor 5312450 Poste 1551 0000
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 026025223-92 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Mai/2019
Data da Apresentação 18/05/2019
Previsão Próxima Leitura 18/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Mensal
Mês Mai/2019
DICI = 0,00 P
EUSD 7,18

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5189.7250.CA94.7F5C.72E2.EF6E.BA6C.43F9

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC 3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC 2,77			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 23669	23661	1,00	8	0,00	30	0,55540	16,66
18/05/19	17/04/19		31 DIAS		30		16,66

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	16,66
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-32,57
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	15,91
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,19)	

VENCIMENTO 24/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	8,84
Transmissão	0,70
Distribuição	5,20
Encargos Setoriais	1,18
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	0,74
TOTAL	16,66

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MED	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg(CO₂) 11,71 Compensado kg(CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

FATURADO TAXA MINIMA.

Consta desta fatura R\$ 0,74 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,81% e COFINS:3,67%
(Art. 1º Res. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

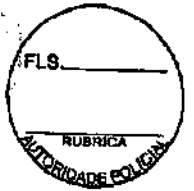
Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 8,22%, conforme Resolução Homologatória ANEEL 2.538/2019, com vigência 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em MAIO-19,
www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 8880448 Referência: Mai/2019
Data de Emissão: 18/05/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 574774858 Nº de Controle: 0008880448 00016 39172 42

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2018428087



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2088 / 2019

Que, nada mais disse.///

OBS: falsa comunicação está prevista no art. 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Maria do Socorro Furtado Silva
MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997

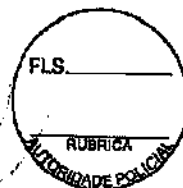
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Evandro Alves de Souza

VISTO DO DELEGADO(A): Evandro Alves de Souza
EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

**Carimada Maria Lima*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019429087



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2088 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **26/06/2019 15:58:30**
 Data / Hora da Ocorrência: **08/04/2019 08:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALBERTO CRAVEIRO**
 Complemento:
 Bairro: **BOA VISTA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ARLIANDO CARLOS MESQUITA**
 Nascimento: **25/05/1993** CPF: **040.022.913-75**
 RG: **2007009017362** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **IRISMAR CARLOS MESQUITA**
FRANCISCO ARLINDO BARBOSA MESQUITA
 Endereço: **RUA A, 1555**
 Bairro: **BARROSO**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98637-0961**

Nome: **LENIVALLDA MOREIRA LIMA**
 Nascimento: **03/03/1987** CPF: **023.782.653-44**
 RG: **2003097021020** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA MOREIRA PIMENTEL**
VALTO ANDRE DE LIMA
 Endereço: **RUA E, 115**
 Bairro: **BARROSO**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98701-3717**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NOG5742** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KE1520B0025592 Renavam: **325978670** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano
 Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **ARLIANDO CARLOS MESQUITA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A vítima **ARLIANDO CARLOS MESQUITA** comparece nesta Especializada e afirma que no dia e hora acima mencionados, pilotava uma motocicleta de placa **NOG-5742/CE**, trazendo na garupa sua companheira **LENIVALLDA MOREIRA LIMA** e trafegava na Avenida Alberto Craveiro, sentido Centro, quando um veículo de placas anotadas que vinha na mesma avenida, sentido Castelão, ao fazer um retorno, avançou a preferencial, fazendo a vítima colidir a motocicleta que pilotava no referido veículo; Que, com a colisão piloto e garupeira caíram no asfalto; Que, a garupeira ficou lesionada e o piloto sofreu leves escoriações; Que, foram socorridos pela ambulância do SAMU e levados o Hospital São Camilo, onde receberam atendimento;

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 26/08/2019 18:24:44

Pág. 1 de 2

Impresso em: 26/08/2019 18:24:44

Arliando Carlos Mesquita



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
58184248

!5MS
fls. 12

19/06/2019 08:04:58

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16663660	ARLIANDO CARLOS MESQUITA	M	25/05/1993	26
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2007009017362 SSPCE	4002291375			2-SOLTEIRO
Endereço				
R A,1555 - BARROSO, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986370961				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	22 HAPVIDA MATRIZ			1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade				
00012009015					

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/04/2019	09:06		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13190

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

CONFERE O PRONTUÁRIO
F8 612 27856
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2019 07:59

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA	Dt. Nasc.: 25/05/1993	Atendimento: 58184248	Prontuário: 16663660
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1]		Nº: 36580818	08/04/2019 às 09:11
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR NO PUNHO ESQUERDO CD: RX		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA		[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR NO PUNHO ESQUERDO CD: RX		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO		[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13798

CONFERE O PRONTUÁRIO
F2472 27856
Assinatura



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
58827030

!Juia" 1s. 14

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

19/06/2019 08:05:45

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16663660	ARLIANDO CARLOS MESQUITA	M	25/05/1993	26
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2007009017362 SSPCE	4002291375			2-SOLTEIRO
Endereço				
R A,1555 - BARROSO, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986370961				

DADOS DO CONVENIO

Convênio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
03IU2000012009015			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
03/05/2019	18:46		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 15

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2019 08:00

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA Dt. Nasc.: 25/05/1993 Atendimento: 58827030 Prontuário: 16663660
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133228/1

Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES ANDRADE CRM 13903 [1] Nº: 37953440 03/05/2019 às 18:59

ANAMNESE

Queixa Principal	11 dpo de cirurgia fixacao do escafoide cdl: retirar tala e rx controle	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	11 dpo de cirurgia fixacao do escafoide cdl: retirar tala e rx controle	[1]
---------------	--	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO	[1]
CID10	S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]
--------------------------------	-----------------------------------	-----

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2019 08:00

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA**Dt. Nasc.:** 25/05/1993**Atendimento:** 58827030**Prontuário:** 16663660**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133228/1**Profissional(is):** PAMELA ISABOR PEREIRA RAMALHO COREN 22288 [1]**Nº:** 37957671 **03/05/2019 às 20:48****CUIDADOS DE ENFERMAGEM****ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE**

CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 20:48, EM 03/05/2019 POR PAMELA ISABOR PEREIRA RAMALHO, COREN/CE 22288.

[1]

RETIRADA DE PONTOS 1 REALIZADO AS 20:48, EM 03/05/2019 POR PAMELA ISABOR PEREIRA RAMALHO, COREN/CE 22288.

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]

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

19/06/2019 08:05:32

Frontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16663660	ARLIANDO CARLOS MESQUITA	M	25/05/1993	26
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2007009017362 SSPCE	4002291375			2-SOLTEIRO
Endereço				
R A,1555 - BARROSO, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986370961				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
03IU2000012009015			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
10/04/2019	08:32		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2019 07:59

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA Dt. Nasc.: 25/05/1993 Atendimento: 58247643 Prontoário: 16663660
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133228/1

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1] Nº: 36703536 10/04/2019 às 08:54

ANAMNESE

Queixa Principal PCTE COM TRAUMA NA MÃO E HA 3 DIAS VISRTO PELO COLEGA ,
REFEE RX SEM FRATURA , CONTINUA COM DOR [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 43 DOR
MÚSCULOESQUELÉTIC
A [1]

CID10 S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral PCTE COM TRAUMA NA MÃO E HA 3 DIAS VISRTO PELO COLEGA ,
REFEE RX SEM FRATURA , CONTINUA COM DOR [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO [1]

CID10 S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2019 07:5

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA**Dt. Nasc.:** 25/05/1993**Atendimento:** 58247643**Prontuário:** 16663660**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133228/1**Profissional(is):** JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1]**Nº:** 36718672 **10/04/2019 às 12:45****ANAMNESE****Queixa Principal**PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE COM MOTO DIA 08 DE ABRIL DE 2019 APRESENTA FRATURA DE ESCAFOIDE.
CONDUTA: IMOBILIZAÇÃO. RETORNO COM DR IGOR RABELO.

[1]

Queixa Principal**Diagnóstico Inicial**43 DOR
MÚSCULOESQUELÉTIC
A

[1]

CID10

S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MAO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

GNÓSTICO**CID10**

S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MAO

[1]

CID10

S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MAO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO****Alta Após Medicação E Cuidados**

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2019 07:55

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA**Dt. Nasc.:** 25/05/1993**Atendimento:** 58247643**Prontuário:** 16663660**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133228/1**Profissional(is):** WELLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO COREN 2545 [1]**Nº:** 36720562 **10/04/2019 às 13:22****CUIDADOS DE ENFERMAGEM****ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE**

AXILOPALMAR OU PENDENTE 1 REALIZADO AS 13:22, EM 10/04/2019 POR WELLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

[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]



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
59548399

!^Yvã"
16.21

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

19/06/2019 08:05:56

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16663660	ARLIANDO CARLOS MESQUITA	M	25/05/1993	26
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2007009017362 SSPCE	4002291375			2-SOLTEIRO
Endereço				
R A,1555 - BARROSO, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986370961				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
03IU2000012009015			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
31/05/2019	18:19		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
3746542 CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 22

Pagina 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2019 08:0

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA	Dt. Nasc.: 25/05/1993	Atendimento: 59548399	Prontuário: 16663660
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 15346 [1] IGOR RABELO DE SALES ANDRADE CRM 13903 [2]	Nº: 39398429	31/05/2019	às 18:28
--	---------------------	-------------------	-----------------

ANAMNESE
Queixa Principal

#ATENDIMENTO INICIAL TRAUMATOLOGIA
-PCT COM 6 SEM PO FX ESCAFOIDE ESQ. EM USO DE TALA LUVA
MSE. RETORNA PARA REAVALIAÇÃO.
-EX.FÍSICO: TALA EM BOM ESTADO DE CONSERVAÇÃO
-CD:

[1]

AO CONSULTÓRIO DE DR. IGOR
SOLICITO Rx + REAVALIAÇÃO COM EXAMES

Queixa Principal
Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

99

[1]

EXAME FÍSICO
Aspecto Geral

#ATENDIMENTO INICIAL TRAUMATOLOGIA
-PCT COM 6 SEM PO FX ESCAFOIDE ESQ. EM USO DE TALA LUVA
MSE. RETORNA PARA REAVALIAÇÃO.
-EX.FÍSICO: TALA EM BOM ESTADO DE CONSERVAÇÃO
-CD:

[2]

AO CONSULTÓRIO DE DR. IGOR
SOLICITO Rx + REAVALIAÇÃO COM EXAMES

DIAGNÓSTICO
CID10

S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

[1]

CID10

S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2019 08:09

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA	Dt. Nasc.: 25/05/1993	Atendimento: 59548399	Prontuário: 16663660
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES ANDRADE CRM 13903 [1]	Nº: 39400933	31/05/2019	às 19:30

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	31/05/2019	[1]
Hora Da Alta	19:30	[1]

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

22/04/2019 12:32:25

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16663660	ARLIANDO CARLOS MESQUITA	M	25/05/1993	25
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2007009017362 SSPCE	4002291375		2-SOLTEIRO	
Endereço	R A 1555 BARROSO FORTALEZA-CE CEP:61000000			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
986370961		IRISMAR CARLOS MESQUITA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMBI		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/04/2019	12:26		
Médico Atendente	Clínica		
2004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
2004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	RAFAEL DA SILVA MACHADO ME
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
03IU2000012009015	3.177,40	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	224 LEITO UTI SEMI INTENSIVA	01
N. Guia	Procedimento	Senha
35099241	99996666	D05784285
35099241	30732026	D05784285
35099241	30722888	D05784341
35099241	30721237	D05784534

Descrição
INTERNACAO
ENXERTO OSSEO
TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO
VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
Material - 99890596 - PARAFUSO DE HERBERT EM TITANIO - QTDE: 1
REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO



NOTA DE SALA

4647133

Atendimento: 58531894 Prontuário: 16663660 ARLIANDO CARLOS MESQUITA HAPVIDA MATRIZ

Cirurgia(s) : 30722888 TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE C Tipo Anestesia: BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA

30732026 ENXERTO OSSEO 30721237 REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO

Sala Cirúrgica: SALA CC 06 Setor Emitente: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Apto.: 224

Equipe Médica: CIRURGIAO 2004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE CRM 13903

ANESTESISTA 3746470 ANDRE LUIZ CAMPOS MARVILA CRM 6864

CIRCULANTE 3747280 JONAS MARTINS GONCALVES COREN 1265235

SEGUNDO(A) CIRCULANTE 3666140 DIEGO ANTONIO DA SILVA COUTO COREN 853016

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	34290	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL13X4.5 - 1 UD	1	36064	BUSCOPAN OSTO 5 ML AMPL 5 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2.5 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	48542	CIPRIVAN 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	40037	DORMONID 15 MG 3 ML AMPL 3 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	1	145419	FENTANIL 5ML 5 ML AMPL 5 ML	1
27936	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	1	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD	1
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	3	46671	NUBAIN 10MG 1 ML AMPL 1 ML	1
81868	CANETA DESCARTAVEL P/ BISTURI - 1 UD	1	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	43290	RINGER C/LACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
30210	CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	2	43788	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML	1
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150	45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200			
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	150			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
119162	FIO J&J MONONYLON (P1602T) - ETHILON*UND 5-0 ENV 1 UD	1	19	TAXA DE SALA	Início: 16:00 Fim: 17:15
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5	4	TREPANO	Início: 16:00 Fim: 17:15
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5	20	OXIGENIO	Início: 16:00 Fim: 17:15
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 16:00 Fim: 17:15
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1	22	OXÍMETRO DE PULSO	Início: 16:00 Fim: 17:15
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4	25	STIMUPLEX	Início: 06:00 Fim: 17:15
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	80			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100			
150316	PARAFUSO CANULADO - 1 UD	1			
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	3			
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			

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 26

Pagina de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/04/2019 17:39

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Dt. Nasc.: 25/05/1993

Atendimento: 58531894

Prontuário: 16663660

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 224/1

 Profissional(is): JONAS MARTINS GONCALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1265235 [1]
JONAS MARTINS GONCALVES COREN 1265235 [2]

Nº: 37342928 22/04/2019 às 15:48

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 22/04/2019

Hora Da Cirurgia 16:15

Cirurgia REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Paciente Refere Alergia SIM.

Paciente Refere Alergia

Se sim, especifique

PARACETAMOL; DORFLEX; TILENOL

Paciente Está Em Jejum

SIM.

Paciente Está Em Jejum

Quanto Tempo

MAIS DE 09 HORAS

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente SIM.

Opme Checado Em Sala Cirurgica SIM.

Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica SIM.

Alergias Do Paciente São Conhecidas SIM.

Medicções Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica SIM.

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

Via Aérea Difícil NÃO.

Confirmação De Vaga Em Uti NÃO.

Kit Cirurgico Completo Em Sala SIM.

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia SIM.

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia SIM.

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião SIM.

Verificação De Anestésica Concluída SIM.

Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento SIM.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função SIM.

Lateralidade Do Procedimento Esquerda.

Paciente Certo SIM.

Sítio Cirúrgico Identificado SIM.

Procedimento SIM.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/02/2020 às 11:03, sob o número 0208514-15.2020.8.06.0001 e código 5E41FA3. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0208514-15.2020.8.06.0001 e código 5E41FA3.

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 27

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/04/2019 17:39

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Dt. Nasc.: 25/05/1993

Atendimento: 58531894

Prontuário: 16663660

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 224/1

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checgem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checgem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[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		[2]
Especificar	DORSAL	[2]

Invenção: HAPVIDA MAIRIZ

Paciente: RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA

DIEIA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

DIEIA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

Dt. Nasc. 25/05/1993
Nº Prescrição: 21456538
Leito: 224/1

22/04/2019 às 15:52

Atendimento: 58531894
Prontuário: 16663660
Peso: 80.00 kg

Medicamento	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	CRM-13903
SOLO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml	500 ml			
CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	1g	1 FRAP	500 ml	8/8h	EV	CRM-13903
PLAMEI (5.00mg/ml)	10mg	2 ML	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	CRM-13903
PROFENID IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP	(FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV	CRM-13903
DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	CRM-13903
TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	CRM-13903
Alta vigilância	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml				
SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO						CRM-13903
CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA						CRM-13903
PUNCAO C/ JELCO						CRM-13903
SINAIS VITAIS						CRM-13903
GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						CRM-13903
RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						CRM-13903
CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						CRM-13903
COMPRESSÃO COM ETER						CRM-13903
Alta em: 22/04/2019						CRM-13903
Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE						CRM-13903
fissionais: CRM-13903						CRM-13903

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-CE 13903 / TEOT 15474

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

fls. 29

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Dt. Nasc.: 25/05/1993

Atendimento: 58531894

Prontuário: 16668660

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 224/1

Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES ANDRADE, MÉDICO, CRM 13903 [1]

Nº: 37342502 22/04/2019 às 15:4

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE
ESCAFOIDE. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS.
ENCAMINHO PACIENTE CRPA.

CID 10

S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-CE 13903 / TEOT 15474

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/04/2019 15:36

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Dt. Nasc.: 25/05/1993

Atendimento: 58531894

Prontuário: 1666366

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 224/1

Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES ANDRADE, MÉDICO, CRM 13903 [1]

Nº: 37342036 22/04/2019 às 15:36

IDENTIFICAÇÃO

Nome	ARLIANDO CARLOS MESQUITA
Sexo	Masculino.
Idade	25 A 10 M
Data De Nascimento	25/05/1993
Nº Atendimento	58531894

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO
----------------	--

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO ESCAFOIDE
-----------	---------------------------------------

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	1 Dias
---------------	--------

Saída Certa

Motivo	VIDE ORIENTAÇÕES EM ANEXO
--------	---------------------------

Dr. Leonardo Soares Pereira
Cirurgia da Mão
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC: 14673 TEOT: 15432

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-CE 13903 / TEOT 15474



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 22/04/19

Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME COMPLETO: Adriana Colares Mesquita DATA NASC: 25/05/93 IDADE: 25 PESO: _____ SEXO: M () F

CIRURGIÃO: _____

HORA DA ENTRADA NA RPA: 17:37

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (irpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
17:37	146x75	93	19	36.0	-	98%	-	micilene

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO2	TOTAL
17:37	2	2	2	2	2	10
18:00	2	2	2	2	2	10

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO: 02/04/2019

Adriana Soares Rodrigues

Anestesiologista

CREMEC 20204

MÉDICO(A): _____

ENFERMEIRO(A): _____

COPIA

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	ARLIANDE CARLOS NESEVITA
Data de nascimento	25/05/1973
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Emilia Carlos da Silva
Procedimento a ser realizado	Reparação ligamentar do carpo

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		Paracetamol ; Dorflex ; Tilenol
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		
Identificação com pulseira	X		Identificação com pulseira MSD

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

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

Local e data: Fortaleza, 22/04/19 Horário: _____

Dr. Igor Rabelo

Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-CE 13903 / TEOT 15474Dr. Leonardo Soares Pereira
Cirurgia da Mão
Traumatologia - Ortopedia
CREMÉC: 14673 TEOT: 15432

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário



CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERELIZADOS E UTILIZADOS NO TRANS- OPERATÓRIO

Nome: Adriano de carlos mesquita

Data Nascimento: 25 / 05 / 1993

Atendimento: 58531894

Médico: Dr. Igor Rabelo

Procedimento: REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO

Técnicos de sala: JONAS E DIEGO

Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim () Não (☒)
OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA
TRAUMA	21/04/2019	0130	NÃO IDENTIFICADA	Camila

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Material: <u>Trauma</u>	Método de Esterilização: <u>Á VAPOR</u>
Nº da Caixa: <u>0130</u>	Data de Esterilização: <u>21.04.19</u>
	Data Limite para Uso: <u>21.10.19</u>
	Nº LOTE: <u>camila</u>

Data do Processo: _____ No. do Equipamento: _____
Data de Validade: _____ No. do Ciclo: _____
No. do Operador: _____

**TAS DE
GOS E**

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-CE 13903 / TEOT 15474



ANEXAR ESTE IMPRESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF: 04002791375

Data de Nasc. 28/08/1993

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 VENOSA ou a seguinte alternativa anestésica DE O DUGIO

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 existe 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.

22 de ABRIL de 20 19

Hora: 16:00

Nome legível: ANDRÉ L. CAMPOS MARVILA

Assinatura: André L. Campos Marvila

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 expliquei.

André L. Campos Marvila
Médico

Nome legível ANDRÉ L. CAMPOS MARVILA visto ou carimbo com CRM e visto



Faz bem pra você

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: 76663660

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
80	-	77x60	70	-	12	Sólidos <u>8h</u> Líquidos <u>8h</u>	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/PROCEDIMENTO

OSTEOSSINTESE

DIAGNÓSTICO

FRATURA DE FÊMUR

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório

Tolerância ao exercício ☒ **Negativo**

☐ Hipertensão ☐ Valvulopatia

☐ Angina ☐ Arritmia

☐ Coronariopatia ☐ Angioplastia

☐ Infarto do miocárdio ☐ DVP

☐ Insuf. Cardíaca ☐ AAA

☐ Outras _____

Respiratório

☐ Dependência O₂ ☒ **Negativo**

☐ Apnéia do sono ☐ Asma

☐ IVAS recente ☐ Tuberculose

☐ Expectoração ☐ DPOC

☐ Outras _____

Gastrointestinal/hepático

☐ Ref. Gastro-esofágico ☒ **Negativo**

☐ Úlcera péptica ☐ Gastrite

☐ Vômito/diarréia ☐ Hepatite

☐ Hérnia de hiato ☐ Icterícia

☐ Obst. Intestinal ☐ Cirrose

☐ Outras _____

Neurológico

☐ Convulsões ☒ **Negativo**

☐ Dormência/fraqueza ☐ AVC

☐ Lesão medular ☐ Cefaléia

☐ Outras _____ ☐ PIC

Renal

☐ Doença renal crônica ☒ **Negativo**

☐ Insuficiência renal ☐ Diálise

☐ Outras _____

Hematológico

☐ Transfusão prévia ☒ **Negativo**

☐ Plaquetopatia ☐ Coagulopatia

☐ Outras _____ ☐ Anemia

Músculo esquelético

☐ Dor lombar ☒ **Negativo**

☐ Musculodistrofia ☐ Artrite

☐ Outras _____

Endócrino

☐ Diabetes tipo ☒ **Negativo**

☐ Patologia da tireóide

☐ Outras _____

Câncer

☐ Quimioterapia ☒ **Negativo**

☐ Outras _____ ☐ Radioterapia

Infeccioso

☐ HIV ☒ **Negativo**

☐ Outras _____

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

☐ Tabaco ☒ **Negativo**

☒ Alcool ☐ Cigarros/dia

☐ Outras _____ ☐ Drogas

Alergias ☒ **Negativo**

Tipo/Agente	Reação
<u>PAINEL AMPL</u>	

Cirurgia/anestesia prévia ☒ **Negativo**

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes
<u>APENDICETOMIA</u>		

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório

☐ Sim ☒ **Não**

Histórico familiar - problemas com anestesia

☐ Sim ☒ **Não**

Exame Físico

Cardíaco 4m 2.1.0.1

Resp. 10.1.0.1

Neuro 10.1.0.1

Regional 10.1.0.1

Outro 10.1.0.1

Laboratório

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

NECA 10.1.0.1

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

Comentários sobre os achados

Anestesiologista

CRM

DATA HORA

02/04/2020 15:50

ASSINATURA

André L. Campos Marvila
Médico

CREMEC 20.190



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 36

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Dt. Nasc.: 25/05/1993

Atendimento: 58531894

Prontuário: 16663660

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 224/1

22/04/2019 17:10

Profissional(is): JONAS MARTINS GONCALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1265235 [1]

Nº: 37343147 22/04/2019 às 15:51

PACIENTE

Data De Admissão 22/04/2019

PRÉ-OPERATÓRIO

[1]

Tipo De Cirurgia Eletiva.

Data Da Cirurgia 22/04/2019

[1]

Pulseira De Identificação MSD.

[1]

Comorbidades NÃO

[1]

Nome, dosagem, frequência SIM

[1]

Alergia- Descrição PARACETAMOL ; DORFLEX ; TILLENOL

[1]

CONFORTO

[1]

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento JONAS

[1]

Hora 05

[1]

Sala 16:00

[1]

Condições Da Pele ao inicio da cirurgia INTEGRA

[1]

Início Da Anestesia 16:15

[1]

Término Da Anestesia 17:30

[1]

Início Da Cirurgia 16:30

[1]

Término Da Cirurgia 17:15

[1]

Instrumentador PRISCILLA

[1]

Circulante JONAS E DIEGO

[1]

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL.

[1]

Membro Ou Lado A Ser Operado MÃO ESQUERDA

[1]

Numero Inicial De Compressas 10 UD

[1]

Contagem Final De Compressas 10 UD

[1]

Clorexedine Alcoólico Sim

[1]

Clorexedine Degermante Sim

[1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia SUTURADA+CURATIVO LIMPO

[1]

Grau De Contaminação LIMPA.

[1]

Encaminhamento Do Paciente SRPA.

[1]

SINAIS VITAIS

Pulso 89 bpm

[1]

PA 153X84

[1]

78

[1]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/02/2020 às 11:03, sob o número 0208514-15.2020.8.06.0001 e código 5E41FA3. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0208514-15.2020.8.06.0001 e código 5E41FA3.

IOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/04/2019 17:40

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Dt. Nasc.: 25/05/1993

Atendimento: 58531894

Prontuário: 16663660

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 224/1

PAM

FR	20 mrpm	[1]
----	---------	-----

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2	99 %	[1]
--------	------	-----

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	22/04/2019	[1]
------	------------	-----

Hora	16:26	[1]
------	-------	-----

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	ÀS 16:15, PCT. A.C.M, 25 ANOS, MASCULINO. FOI ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO PARA SUBMETER-SE A UMA CIRURGIA DE REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO REALIZADA PELO DR. IGOR RABELO, PCT. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO. FOI SUBMETIDO A UMA ANESTESIA DE SEDAÇÃO+BLOQUEIO REALIZADA PELO DR. ANDRÉ, NEGA COMORBIDADES, ALERGICO A PARACETAMOL, TILLENOL, DORFLEX. SERÁ ENCAMINHADO PARA SRPA COM AVP EM MSD, PULSEIRA EM MSD, CURATIVO LIMPO NO LOCAL CIRURGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
------------	---	-----

Intercorrências	NÃO	[1]
-----------------	-----	-----

Eletrodos	TORAX	[1]
-----------	-------	-----

Incisão Cirúrgica	MÃO ESQUERDA	[1]
-------------------	--------------	-----

Punções Venosas	MSD	[1]
-----------------	-----	-----

Coxim	CABEÇA	[1]
-------	--------	-----

PÓS-OPERATÓRIO



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HAPFOR
NºPedido: 30286065

Data 10/04/2019
Pag 1 de 1

Paciente...: 16663660 ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Nascimento.: 25/05/1993 Sexo: M RG.: 2007009017362 SSPCE

CPF.: 04002291375

Endereco...: R A 1555 BARROSO FORTALEZA CE 0

Tel.: 986370961

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 03IU2000012009015

Solicitante: Dr(a) REGIS DE FIGUEIREDO

Queixa Principal:

CONTUSÃO EM PUNHO

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC

!];oNB

5824764331

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

Fratura no terço distal do osso escafoide, com desalinhamento palmar do fragmento ósseo, sem sinais de consolidação.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Planos musculares com atenuação normal.

Tendões de aspecto normal.

Não foram identificadas lesões expansivas.

LUCAS MARCIEL SOARES SILVA - CRM 146345-SP

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/04/2019 15:15

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Dt. Nasc.: 25/05/1993

Atendimento: 58531894

Prontuário: 1666366

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 224/1

Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES ANDRADE, MÉDICO, CRM 13903 [1]

Nº: 37343271 22/04/2019 às 15:53

DIAGNÓSTICOS

CID10

S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

CID10

S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE ESCAFOIDE.

Cirurgião

DR. IGOR RABELO

Data da Cirurgia

22/04/2019

Cirurgia Realizada

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado

Sim

ORIENTAÇÕES GERAIS

Dieta

GERAL

Exercícios

PROIBIDO

Orientações Diversas

VIDE ORIENTAÇÕES EM ANEXO

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-CE 13903 / TEOT 15474

ANTONIO PRUDENTE

Nome: ARILANDO LAMPOS MELO Data: 22/04/17
Idade: 25 Peso: 70 Sexo: F () M ()
Prontuário: 16663660 Convênio: União
Diagnóstico: FRATURA ESCAPULOM
Cirurgia: OSTEOTOMIA Anestesia: BLOQUEIO VERMILH
Cirurgião: UDM ASA: 1

[illegible]

DROGAS		EVENTO			
9	LIDO 0,5% H	A	BICEN		
10	DI	B	729		
11	WRAIN	C	INJEÇÃO DE AL (-)		
12		D	SEM INTENÇÃO DE AL		
13		E			
14		F			
15		G			
16		H			
17		I			
18		J			
LIQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação: Oro Naso Sonda: Respiração: <u>Espon.</u> Assist. Mecân. Absorvedor de: Sem Com Posição: <u>prtl</u> Local da Punção: Agulha: Técnica: Início: 76:25 Final: 77:05 Duração: 50
100%	1 L				

Condição final op: ACOBADO, COTE, E INJEÇÃO, SEM OULXAS

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesista - CRM
André L. Campos Marvila
Médico
CREMEC 20.190

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANTAK	1	ROCEFIN 1g	
ADRENALINA amp		RAPIFEN	
ATLANSIL apm 150 mg/ml		SEVORANE	
ATROPINA 0,25 mg/amp		SOLU-CORTEF 500 mg	
BICARBONATO DE SODIO amp		SUFENTA ml	
CLONIDIN 150 mg		TRANSAMIN	
CLORETO DE POTASSIO 10% amp		THIONEMBUTAL 0,5 mg	
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	
CLEXANE 20 mg/amp		TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4 mg FR 2,5 ml		TRACRIM 25 mg/amp	
DIAZEPAN 10 mg	1	ULTIVA 2 mg	
DIMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml)		XILOCAÍNA amp S/AD 5 ml 2%	
DIMORF 10 mg		XILOCAÍNA C/A 2% ml	
DIPRIVAN amp 20 ml		XILOCAÍNA PESADA 5% amp	
DIPRIVAN seringa 50 ml PFS	1	XILOCAÍNA S/A 2% ml	
DIPIRONA amp		XILO-GEL	1
DRAMIN B6 DL IV		<i>h) (1 am composto Am!</i>	1
DOLANTINA amp			
DOPAMINA			
DORMONID 15 mg/amp			
DOBUTREX amp	1		
EFORTIL amp			
ERGOTRATE 0,2 mg/amp			
ESMERON			
FLAGYL 500 mg		SORO	
FENTANIL amp		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	QTE
GLUCONATO DE CALCIO	1	SORO-GLUCOSADO 0,5% 500 ml	
FORANE		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	
HIDROCORTIZONA 500 mg		SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ML	
HALOTHANO		SORO RINGER LACTATO 500 ml	
HEPARINA		SOL MANITOL 20% 250 ml	
HYPNOMIDATE 2 mg/ml		FRUTOSE	
INOVAL amp		VOLUVEN	
IPSILOX 1g			
KEFAZOL fr/amp			
KEFLIN amp	2	SANGUE / HEMODERIVADOS	
KETALAR ml	1	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			
NILPERIDOL amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	QTE
NIMBIUM 10 mg		CATETER VENOSO	204 224
NAUSEDRON 8 mg		EXTENSOR	1
NARCAN amp	1	EQUIPO DE SORO	1
NAROPIN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	
NIPRIDE amp		SONDA TRAQUEAL	
NORADRENALINA		AGULHA P/ PERIDURAL	
NORCURON		SONDA NASOGÁSTRICA	
NUBAIN amp		AGULHA P/ RAQUE	
OMEPRAZOL 400 mg FR	1	TORNEIRA TRÊS VIAS	
ORASTINA amp 5 UI/ml		EQUIPO DE BOMBA	1
PAVULON amp		EQUIPO DE BOMBA FOTO	
PLAMET amp		AGULHA STIMOPREX	
PLASIL amp			
PROFENID IV			
PROSTIGMINE amp 0,5 mg	1		
QUELIGIN 100 mg/ vd			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesista - CRM

André L. Campos Marvila
Médico
CREMEC 20.190

Justificativa Médica

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: ARLIANDO CARLOS MESQUITA

Dt. Nasc.: 25/05/1993

Atendimento: 58531894

Prontuário: 16663160

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 224/1

Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES ANDRADE, MÉDICO, CRM 13903 [1]

Nº: 37343859 22/04/2019 às 16:02

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S62

Diagnóstico Cirúrgico

S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

22/04/2019

Hora Da Cirurgia

16:02

Cirurgia

osteossíntese de fratura do escafoide.

Cirurgião

DR. IGOR RABELO

1º Auxiliar

DR. LEONARDO SOARES

Descrição Cirúrgica

- 1) PACIENTE EM DDH + ANESTESIA REGIONAL
- 2) ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + CCE + GARROTE COM ESMARCHE
- 3) REALIZADO INVENTÁRIO DA LESÃO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE ESQUERDO SOB ESCOPIA
- 4) REALIZADO ACESSO VOLAR EM PUNHO ESQUERDO, DISSECÇÃO POR PLANOS E VISUALIZADO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE ESQUERDO.
- 5) REALIZADO RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE REGIÃO METAFISÁRIA DE RADIO DISTAL ESQUERDO PARA PREENCHIMENTO DE FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE ESQUERDO
- 6) IDENTIFICADO LESÃO DO LIGAMENTO RADIOESCAFOCAPITATO REALIZANDO-SE REPARO DESTES
- 7) PASSAGEM DE PARAFUSO DE HEBERT EM ESCAFÓIDE NUMERO 20mm
- 8) VISUALIZADO SÍNTESE SATISFATÓRIA SOB ESCOPIA
- 9) LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA + HEMOSTASIA LOCAL
- 10) SUTURA POR PLANOS
- 11) CURATIVO LOCAL + TALA GESSADA

Códigos Dos Procedimentos

CODIGOS DA CIRURGIA:

30732026: ENXERTO OSSEO

30722888: TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE DO ESCAFÓIDE

30721237: REPARO LIGAMENTAR DO CARPO

Dr. Leonardo Soares Pereira
Cirurgia da Mão
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC: 14673 TEOT: 15432

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-CE 13903 / TEOT 15474

SINISTRO 3190424988 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ARLIANDO CARLOS MESQUITA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ARLIANDO CARLOS MESQUITA

CPF/CNPJ: 04002291375

Posição em 04-02-2020 10:47:58

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
01/08/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50