

## QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO PERITO:

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações.

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre?

---

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas?

---

c) Nos termos do art. 3º, *caput*<sup>1</sup>, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;

---

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado?

---

e) Nos termos do art. 3º, § 1º<sup>2</sup>, da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores);

---

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?**

---

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II<sup>3</sup>, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa, atingindo de forma completa** todo um segmento corporal (ou mais de um), ou **invalidez parcial incompleta, atingindo de forma incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;

---

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**;\_\_\_\_\_.

i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro:** (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc).

---

Mossoró-RN, aos 04 de maio de 2020.

**Kelly Maria Medeiros do Nascimento**  
Advogada OAB/RN – 7.469



## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: Jean Carlos dos Santos, brasileiro(a)-  
solteiro, leiturista, portador do RG nº 001469666, e do  
CPF nº 969.621.194-53, residente na  
RUA: Merculano Couto, BAIRRO:  
Barrocas, cidade Mossoró - Rio Grande

do Norte, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada, portadora da OAB/RN 7.469, podendo ser intimada na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Mossoró-RN, ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", para ajuizar ação de cobrança na Comarca Mossoró -RN, podendo a outorgada, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar acordo, receber e levantar ALVARA JUDICIAL, decorrente da presente ação, apresentar recurso e contra razões, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 23 / 12 / 2019.

Outorgante: Jean Carlos dos Santos.

- Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CFC.



## DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, Jean Carlos dos Santos, brasileiro, solteiro,  
leiturista, com CPF nº 969.621.194-53, residente na  
Rua Mercuriano Couto nº 2039, BAIRRO: Bano cas,  
Mossoró-RN, DECLARA, sob as penas da lei que é isento  
de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes,  
fazendo presente declaração nos termos- conforme previsto na Lei  
7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e  
cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o  
presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoró-RN, em 23 / dezembro / 2019.

Declarante: Jean Carlos dos Santos

CP - Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.





**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS**  
**COM CLAUSULA "AD EXITUM"**

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante Jean Carlos dos Santos, brasileiro(a) soltteiro, leiturista, portador do CPF: 969.621.194-53, residente na Rua: Herculano Couto, 2039, Bairro: Banocas, cidade Mossoró, com os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo serem citados na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Mossoró -RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à **30% (trinta por cento)**, sob o valor da condenação, **independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;**

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na cláusula **" ad exitum";**

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à **30% (TRINTA POR CENTO)** sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 23/12/2019.

Contratante: Jean Carlos dos Santos

Contratado:

OAB/7469

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Jean Carlos dos Santos, brasileiro(a), soltteiro, leiturista  
portador do RG nº 001469666, e do CPF 969.621.194-53, residente na  
Herculesma Couto, na Cidade de Mossoró - Rio Grande do  
Norte. Declara nos termos da Lei n. 1.060/50, que é pobre na forma  
da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as  
despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na  
Comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte. Afirma ainda  
ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a  
verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Comarca de Mossoró-RN em 23/12/2019.

Declarante: Jean Carlos dos Santos

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.







PIS: 12661074645

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "estendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela distração.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você poderá ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E DA  
PREVIDÊNCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Polgar Direito



Pis: 126.610.746-45

Série 00011-RN

Número 33.324

Número

ASSINATURA DO PORTADOR

### QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JEAN CARLOS DOS SANTOS  
Loc. Nas. MOSSORO  
Est. RN Data 08.05.74  
Filiação JOÃO FERNANDES DOS SANTOS e RAMUNHA ANDRÉ DOS SANTOS  
Est. Civil SOLTEIRO Doc. Nº 38.220  
Hs. 55V Liv. A-61 Reg. Civil 40 CART.  
Outro doc. MOSSORO-RN  
Situação Militar: .....  
Doc. Nº ..... Órgão ..... Est. ....  
Naturalizado Dec. Nº ..... Est. ....

### ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em .....  
Doc. Ident. Nº ..... Exp. em .....  
Estado .....  
Obs. ....

Data Emissão 23.07.92 DRT MOSSORO RN  
Leônio Carlos  
Assinatura do Titular  
Data: 08/16

### ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Nascimento .....  
Doc. ....



## ANOTAÇÕES GERAIS

53

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

O contrato firmado em 01/02/2017 é por experiência, celebrando de acordo com o artigo 443, "C" da CLT e nos termos e condições previstas no contrato escrito celebrado entre as partes. O período de vigência é de 45 dias, prorrogável por mais 45 dias.

Assinado eletronicamente por:

Hortense Maria de A. Almeida  
Coord. Administrativo

REPRESENTANTE





## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOSZ 150 BALDO  
NATAL RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-150  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

RAIMUNDA ANDRADE DOS  
SANTOS

## DATA DE VENCIMENTO

24/04/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL

16/04/2020

## CONTA CONTRATO

0486530014

## DATA DA APRESENTAÇÃO

16/04/2020

## CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

## TOTAL A PAGAR

R\$ 132,38

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

040739948

## ENDEREÇO

RUA HERCULANO COUTO 2039  
-BARROCAS/AREA URBANA -59621-060  
MOSSORO RN -

## PERÍODO CONSUMO

16/03/2020 a 16/04/2020

## CONSUMO

174

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 20,74

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

## CONTA CONTRATO

0486530014

## MÊS/ANO

04/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 132,38

## VENCIMENTO

24/04/2020

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

838400000014 323800384006 486530014206 014077934130



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059267/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 15:20 Data/Hora Fim: 14/11/2019 15:37  
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró  
Data/Hora do Fato: 19/10/2019 09:35

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: Avenida Abel Coelho

Bairro: Abolição  
Nº: 407  
CEP: 59.612-300

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEAN CARLOS DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 06/05/1974

Profissão: Leturista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Em Serviço: Sim

Nome do Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 969.621.194-53

RG - Carteira de Identidade: 001469668

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: HERCULANO COUTO

Bairro: BARROCAS

Telefone: (84) 98886-7714 (Celular)

Nº: 2039

CEP: 59.621-080

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição: moto envolvida acidente

Placa: QGS6F64

Número do Motor: KD08E1K139172

Ano/Modelo Fabricação: 2019/2019

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação: Envolvido

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 533.593.803-04

Renavam: 01188292193

Número do Chassi: 9C2KD0810KR139146

Cor: VERMELHA

Município Veículo: Mossoró

Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade: 1 Unidade

Última Atualização Denatran: 17/04/2019



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto  
Impresso por: José Josué Costa Faustino  
Data de Impressão: 14/11/2019 15:38  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 059267/2019

Situação do Veículo ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA	Envolvimentos
Nome Envolvido	Proprietário, Possuidor
JEAN CARLOS DOS SANTOS	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo a motocicleta acima citada na Avenida Abel Coelho, Quando um carro freou bruscamente em sua frente; Que o comunicante não teve tempo de frear e acabou colidindo na traseira do carro, Que caiu no chão e quebrou a tibia; Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital Regional Tarcísio Maia. Nada mais disse.

ASSINATURAS

  
José Josué Costa Faustino  
Agente de Polícia  
Matrícula 209.329-2  
Responsável pelo Abastecimento

  
JEAN CARLOS DOS SANTOS  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) titular(is) responsável(ais) informado(s) acima assinados e declaro que possuo capacidade civil e criminalidade pela presente declaração que foi dada, conforme previsto nos Artigos 329 do Estatuto da OAB e 340 do Estatuto da Polícia de Ordem da Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Norte."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Elzeir Pinto  
Impresso por: José Josué Costa Faustino  
Data de Impressão: 14/11/2019 15:38  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos







Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
Endereço: HAPVIDA  
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974  
Nº Prescrição: 0024317840  
Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983  
23/10/2019 às 10:21  
Peso: 80,00 kg

Prontuário: 9576012

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

### HORARIOS

COCHOADA MEDIO

COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

10:00 :

10:00 :

do para o SAE

ROFIX

Ass.

Legenda horário :



Indica item não administrado.



Indica item checado.

Assinado eletronicamente por:  
KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO  
CPF: 000.000.000-00

Rpt S01

JESSICA BARBOSA GAMA

23/10/2019 10:31

IP: 192.88.4.101





HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/10/2019 14:35

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4016/2

Profissional(is): FRANCISCA JOSIANE PACOAL MARTINS, ENFERMEIRO(A), COREN 548507

Nº: 45905427 23/10/2019 às 10:35

[1]

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT 23/10/2019

J.C.S, sexo masculino, 45 anos. HD: 1º PO de Fratura da Tibia Direita.

Translado de Mossoró

Evolui consciente e orientada, verbalizando suas NHB's, em repouso no leito.

SSVV estáveis: Normotensa, normocárdica, afebril. Eupneica em ar ambiente

Dieta geral com boa aceitação.

CVP pervio p/ TM + HV + ATB (Cefalotina)

Tórax simétrico, sem abaulamentos.

Abdome plano, indolor a palpação

Diurese presente, evacuações ausentes

Mantido curativo de FO, limpo e seco externamente. Fixador externo em MID.

Segue aos cuidados da equipe. Por hora Dr Tacito avaliou o paciente e vai programar cirurgia para amanhã ou sexta.

## #GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: Atenção ao manuseio, orientar ao paciente quanto ao dispositivo em uso.

RISCO DE FLEBITE: Inspeccionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV. Renovar acesso a cada 72 horas, conforme rotina da instituição.

## AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

BAIXO RISCO.

Perda De Dispositivos

Sim

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

Francisca Josiane Pacoal Martins  
23/10/2019 10:35 - ENF



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24328263	24/10/2019 às 00:41	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES (COREN 454496)			
<b>1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO</b>			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00 18:00
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
ATIVIDADE MOTORA	Manhã	Tarde	Noite
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
<b>2 - MANTER</b>			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
<b>4 - RENOVAR/ DATANDO</b>			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00		

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

M. Renata do N. Pontes  
Enfermeira  
COREN-CE-454.496



# DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DT. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24328271	24/10/2019 às 00:42	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a): MARIA RENATA DO NASCIMENTO P	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

## 1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

Mantido: ☐ Mantido ☐ Mantido ☐ Mantido

HIGIENE ORAL E CORPORAL

Manhã Tarde Noite

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

## 3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Manhã Tarde Noite

RETOMAR VESSO VENOSO

Maria Renata do Nascimento  
Enfermeiro  
COREN-CE 454.456





Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
Convênio: HAPVIDA  
Posto: POSTO 48 - HAPFOR  
Dt. Nasc. 05/1974  
Nº Prescrição: 24332656  
24/10/2019 09:48  
Atendimento: 62878983  
Preontuário: 9576012  
Peso: 80,00 kg

DIETA: GERAL - ADULTO / PARA ALIDADE  
32h ORAL

Medicação Venosa	Fase Única	Vol Total	500 ml	7,00 g/24h	Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/cálculo	500 ml		
3. CEFALOTINA (1.00g) (02x2)	1g	1 FRAP (FRAP C11GR)	65h	EV	
		100 ml			
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)		100mg	1 FRAP (FRAP C100MG)	82h	EV
			100 ml		
5. DIFIRONA AMP (500.00mg/ml)		1000mg	2 ML (AMP C1500MG)	65h	EV
			18 ml		SN
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg	2 ML (AMP C1100MG)	82h	EV
			100 ml		
Ata vigilância					
7. PLAVET (5.00mg/ml)		10mg	2 ML (AMP C110MG)	82h	EV
			18 ml		
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO					SN
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOLCHOADA					SN
10. PUNÇÃO C/ JELCO					SN
1. SINAIS VITAIS					
2. GELIO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					SN
3. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					SN
4. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOLCHOADA MEDIO					SN
5. COMPRESSÃO COM ETER					SN

Profissionais:

Dr. Saulo Lacerda  
CREMEC: 14255  
TEOT: 15.369

RP1541

SAULO LACERDA BORGES DE SA

IP: 192.85.4.101

24/10/2019 09:48



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
Genio: HAPVIDA  
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974  
Nº Prescrição: 0024332656  
Letto: 4016/2  
Atendimento: 62878983  
24/10/2019 às 09:48  
Peso: 80,00 kg

426.0  
Emissão: 24/10/2019 09:58

ETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

### HORARIOS

09:00 : 12:00 : 15:00 : 18:00 :  
21:00 : 25/10-00:00 : 25/10-03:00 :

dratção Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/minAcesso Periférico

11:00 :

RO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml  
EFALOTINA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/1GR) 6/6h EV  
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml 100 ml

12:00 : 18:00 : 25/10-00:00 :  
25/10-06:00 :

ETOPROFENO IV (100.00mg) 100 mg 1 FRAP (FRAP C/100MG) 8/8h EV  
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml 100 ml

14:00 : 20:00 : 25/10-06:00 :  
25/10-09:00 :

PIRONA AMP (300.00mg/ml) 1000 mg 2 ML (AMP C/ 300MG) 6/6h EV  
Água Destilada 18 ml 18 ml

12:00 : 18:00 : 25/10-00:00 :  
25/10-06:00 :

AMADOL (50.00mg/ml) 100 mg 2 ML (AMP C/ 100MG) 8/8h EV  
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml 100 ml

SN

AMET (5.00mg/ml) 10 mg 2 ML (AMP C/10MG) 8/8h EV  
Água Destilada 18 ml 18 ml

14:00 : 20:00 : 25/10-06:00 :  
25/10-09:00 :

INDAGEM VESICAL DE ALVIO

SN

09:00 :

RATIVO MEDIO+SF+GAZE

09:00 :

OLCHOADA

SN

10:00 :

CAO C/ JELCO

12:00 :

SAIS VITAIS

15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

IRADA DE DRENO DE

SN

RP1531 ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA 24/10/2019 09:58

RF: 1522.05.4.701

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:45  
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534465900000053405065  
Número do documento: 20050414534465900000053405065

Nome: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
 Nascimento: HAPV/IDA  
 Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974  
 N° Prescrição: 0024332656  
 Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983  
 24/10/2019 às 09:48  
 Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

### HORÁRIOS

RTOVAC	10:00 :
RATIVO COM ATADURA E GAZE	09:00 :
MOCHADA MEDIO	
IMPRESSÃO COM ÉTER	SN

Diferença SMC NOFIX Ass.
--------------------------------

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

RPT1531 ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA 24/10/2019 09:58

IP: 192.80.4.101





ente: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
 enio: HAPVIDA  
 osto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt Nasc.: 08/05/1974  
 N° Prescrição: 0024332856  
 Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983  
 24/10/2019 às 09:48  
 Peso: 80,00 kg

Prontuário: 9576012

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
I							
PRIDA TOMOGAL SOL. INJ. AMP. 2ML	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	HV Vol Total: 500,00 Vol.			
A DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1	XYLOCANA GELIA 2% BLEN 30 GR	6	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 L	1		
ESTILADA 20ML 20 ML AMP. 20 ML	1	LUVA DESC. ESTERIL N. 7,0 - 1 PA	1	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1		
PROCEDIMENTO P CX 60 PA	2	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1	TONNEIRA OS VIAS - 1 UD	1		
DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	<b>Relatório Da Direção De Portões</b>					
70% TOPICO FRAS 1000 ML	6	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 60 PA	2				
LO HIDROFIL. - 500 GR	2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMP. 10 ML	5				
<b>NA AMP</b>							
ESTILADA 20ML 20 ML AMP. 20 ML	2	LUVA DESC. ESTERIL N. 7,0 - 1 PA	1				
A DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1				
PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	50				
DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1				
70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	30				
LA 1 G 2 ML AMP. 2 ML	2	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C10 PCT 1 UD	2				
LO HIDROFIL. - 500 GR	4	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 20					
<b>PROFENO IV</b>							
LO HIDROFIL. - 600 GR	4	<b>Curativo Médio+SI+Gaze Alcolhada</b>					
LO 100MG IV FRAP 1 UD	1	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C10 PCT 1 UD	3				
DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1				
70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	LUVA DESC. ESTERIL N. 7,0 - 1 PA	1				
DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	50				
PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L	1				
A DESCARTAVEL 08 ML SERI 3 ML	1	TIRASORX - 1 UD	1				
SISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L	1	<b>Curativo Com Atadura E Gaze Alcolhada Medi</b>					
<b>C/ Jaleco</b>							
COMF LUER - 1 UD	1	GAZE ACOLCHADA 16X30 PCT 30 CM	2				
LO HIDROFIL. - 500 GR	6	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2				
OR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1	<b>CEFALOTIMA</b>					
70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L	2				
ADOR DE CATETER - 1 UD	1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2				
PROCEDIMENTO M CX 30 PA	1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP. 20 ML	2				
DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4				
R INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2				
<b>em Vesical De Alinho</b>							
EX10 ESTERIL PCT C10 PCT 1 UD	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2				
EDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50		ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20				
		EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2				
		KETLIN FRAP 1 UD	2				
		ALGODAO HIDROFIL. - 600 GR	8				

RF1531

ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA 24/10/2019 08:58

IP: 192.85.4.101



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:45

<https://pje1g.trm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534465900000053405065>

Número do documento: 20050414534465900000053405065

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/10/2019 09

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4016/2

Profissional(is): ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA, ENFERMEIRO(A), COREN 457309 [1] Nº: 45948450 24/10/2019 às 08:56

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE, J.C.S. SEXO MASCULINO, 45 ANOS, HD: 3º PO DE FRAT.  
DE TORNOZELO DIREITO. [1]

- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB's, EM REPOUSO NO LEITO.
- BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL.
- AVP EM MSE FUNCIONANTE PV TM + ATB, EM USO DE CEFALOTINA
- TORAX SIMETRICO
- ABDOMEN PLANO, E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE, FIXADOR EXTERNO MID.
- DIURESE ESPONTANEA, EVACUAÇÕES PRESENTE
- SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE,

GERENCIAMENTO DE RISCO  
INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS,  
RENOVAR CVP A CADA 72HS.

## AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

Queda Adulto (Morse)

MÉDIO RISCO. [1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim [1]

Erica Pinheiro  
COREN 457309 - ENF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24343184	25/10/2019 às 00:11	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a):	IRIS ROQUE DE PAIVA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

## 1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas

Mantido:

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mantido:

Assinado eletronicamente por:  
KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO  
04/05/2020 14:53:46





<b>Paciente:</b> JEAN CARLOS DOS SANTOS	<b>Dt. Nasc.:</b> 08/05/1974	<b>Atendimento:</b> 62878983	<b>Prontuário:</b> 9576012
<b>Convênio:</b> HAPVIDA	<b>Nº Prescrição:</b> 24343186	25/10/2019 às 00:12	
<b>Posto:</b> POSTO 4B - HAPFOR	<b>Leito:</b> 4016/2		
<b>Avaliação:</b> PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
<b>Profissionais:</b> IRIS ROQUE DE PAIVA (COREN 525824)			
<b>1 - OBSERVAR</b>			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		
<b>2 - REALIZAR/REGISTRANDO</b>			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Mantido		

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:46  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534545400000053405066>  
Número do documento: 20050414534545400000053405066



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
 Convênio: HAPVEDA  
 Posto: POSTO 48 - HAPFOR  
 1. DIFIA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

33h ORAL

Dr. Nasc. 08/05/1974  
 N° Prescrição: 24345989  
 Leito: 4016/2  
 25/10/2019 às 08:15  
 Atendimento: 62878983  
 Prescrição: 9576012  
 Peso: 80,00 kg

2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol Total	500 ml	7,00 g/min	Acesso Periférico	CRM-8260
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 ml	500 ml				CRM-8260
3. CEFALOTINA (1-08g)	1 g	1 FRAP (FRAP C/1GR)	66h	EV		CRM-8260
	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml				Suspensão às 12-18 hs de 26/10/19
4. CETOPIROFENO IV (100,00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/100MG)	68h	EV		CRM-8260
	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml				
5. DIFERONA AMP (500,00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMP C/500MG)	68h	EV		CRM-8260
	Água Destilada	18 ml				
6. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2 ML (AMP C/100MG)	68h	EV	SN	CRM-8260
	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml				
Ata vigência	10mg	2 ML (AMP C/10MG)	68h	EV		CRM-8260
7. PLAMET (5,00mg/ml)	10mg	2 ML (AMP C/10MG)	68h	EV		CRM-8260
	Água Destilada	18 ml				
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIMO					SN	CRM-8260
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA					SN	CRM-8260
10. PUNÇÃO C/ JELCO					SN	CRM-8260
11. SINAIS VITAIS						CRM-8260
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						CRM-8260
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					SN	CRM-8260
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					SN	CRM-8260
15. COMPRESSÃO COM ETER					SN	CRM-8260
16. ALTA em: 25/10/2019						CRM-8260
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA						CRM-8260
Encaminhamento: CRM-8260						CRM-8260
Encaminhamento: CRM-8260						CRM-8260

Dr. Rafael Bezerril Nogueira  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM-8260

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

BP-192.R5.4.101

25/10/2019 13:49



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS		Dt. Nasc. 09/05/1974		Atendimento: 62878983	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 24345989		Prestação: 9576012	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR		Lecito: 40162		Peso: 80,00 kg	
1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE		33h		ORAL	
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total	500 ml	7.00	g/min
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/calda	500 ml		
3. CEFALOTINA (1.00g) (D12)	Soro Fisiológico 0,9%	1g	1 FRAP (FRAP CI 1GR)	6/6h	EV
		100 ml			
4. CETOPIROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1 FRAP (FRAP CI 100MG)	8/8h	EV
		100 ml			
5. DIFIRONA AMP (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2 ML (AMPOL CI 500MG)	6/6h	EV
		18 ml			
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2 ML (AMPOL CI 100MG)	8/8h	EV
		100 ml			
7. PLAVET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2 ML (AMPOL CI 10MG)	8/8h	EV
		18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA					
10. PUNÇÃO C/ JELCO					
1. SINAIS VITAIS					
2. CÉLDO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					
3. RETIRADA DE DRENO DE POROVAC					
4. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					
5. COMPRESSÃO COM ETER					

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-CE 9260

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

RP: 192.85.4.101

25/10/2019 08:16





HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 09:14

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuario: 9576012  
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 4B - HAPFOR Leito: 4016/2  
 Profissional(is): FRANCISCA JOSIANE PACOAL MARTINS, ENFERMEIRO(A), COREN 548507 Nº: 45997875 25/10/2019 às 09:14  
 [1]

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT 25/10/2019  
 PACIENTE, J.C.S. SEXO MASCULINO, 45 ANOS, HD: 3º PO DE FRAT. DE TORNOZELO DIREITO. [1]

- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB's, EM REPOUSO NO LEITO,  
 - BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL  
 - AVP EM MSE FUNCIONANTE P/ TM + ATB, EM USO DE CEFALOTINA  
 - TORAX SIMETRICO  
 - ABDOMEN PLANO, E INDOLOR A PALPAÇÃO.  
 - MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. FIXADOR EXTERNO MID.  
 - DIURESE ESPONTANEA, EVACUAÇÕES PRESENTE  
 - SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE, POR HORA AGUARDA AVALIAÇÃO O DR JOÃO ROLIM PARA POSSÍVEL PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE FIXADOR A TARDE.

## #GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: Atenção ao manuseio, orientar ao paciente quanto ao dispositivo em uso.  
 RISCO DE FLEBITE: Inspeccionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV. Renovar acesso a cada 72 horas, conforme rotina da instituição.

## AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	BAIXO RISCO.	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Francisca Josiane Pacoal Martins  
 COREN 548507 - ENF



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 72:12

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9578012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES, ENFERMEIRO(A), COREN 454486 [1]	Nº: 46031842	25/10/2019	às 22:08

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

PACIENTE. J.C.S. SEXO MASCULINO. 45 ANOS, HD: 3º PO DE FRAT, DE TORNOZELO DIREITO. [1]

- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB'S. EM REPOUSO NO LEITO.
- BDA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL.
- AVP EM MSE FUNCIONANTE.
- TORAX SIMETRICO
- ABDOMEN PLANO. E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE, FIXADOR EXTERNO MID.
- DIURESE ESPONTANEA, EVACUAÇÕES PRESENTE
- OBS: PACIENTE SEGUE DE ALTA MÉDICA, AGUARDANDO REMOÇÃO PARA MOSSORÓ. PREVISÃO DE CHEGADA DE AMBULANCIA É POR VOLTA DE 01HS. GESTORA ALESSANDRA CIENTE.
- SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

## #GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: Atenção ao manuseio, orientar ao paciente quanto ao dispositivo em uso,  
RISCO DE FLEBITE: Inspeccionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV. Renovar acesso a cada 72 horas, conforme rotina da instituição.

## AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

MA. Renata do N. Pontes  
Enfermeiro  
COREN/CE: 454.496



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS, MÉDICO, CRM 15346 [1]

Nº: 45789268 21/10/2019 às 03:56

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#ORTOPEDIA

-PCT EM PO-IMEDIATO POR FX OSSOS DA PERNA COM FIXADOR  
EXTERNO TRANSARTICULAR À DIREITA.

-CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIA. PCT EVOLUI BEM.

-CD:

A SR

AGUARDA AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO TRAUMA PARA A  
POSSIBILIDADE DE SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO.

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA



DR DANIEL DESCHAMPS  
MÉDICO  
CRM 15346





HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 08:2

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012  
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 4B - HAPFOR Leito: 4016/2

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8280 [1] Nº: 45794936 21/10/2019 às 08:26

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PÓS OP DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL COM FIXADOR EXTERNO  
EVOLUI ESTÁVEL MAS AINDA SEM CONDIÇÕES DE SÍNTESE  
DEFINITIVA PLEO LINFEDEMA GRAVE  
CONDUZA - VPM

[1]

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

Dr. Rafael Bezerril Nogueira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-CE 8280



22/02/2019 09:26

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE - A - HAPFOR				
Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dr. Marc: 08261974	Atendimento: 42878983	Procedimento: 9519012	
Exame: HAPFOR	Exmo: POSTO 45 - HAPFOR	Letra: 4016/2		
Profissional: RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA MEDICO COM RENO 01	Nº: 45048148	22/02/2019	35 08:22	
<b>REGISTROS MEDICOS DA EVOLUÇÃO</b>				
Exame de Evolução	2 epis de fratura de pulso tibial com fissuras extensas evoluí estável, mas ainda sem condições de síntese definitiva pelo limbo da fratura. Solicito TC de punção tibial. CONDIÇÃO - SE MELHORE MANEJO, PASSAMOS A SÍNTESE DEFINITIVA TARDE.			(7)
CD 19	9883 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA			(7)

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



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

DL Nascimento: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4016/2

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO

CRM 14108 [1]

Nº: 45904495 23/10/2019 às 10:19

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

3 PO DE FIXADOR EXTERNO POR FX DE PILA TIBIAL D  
EVOLUI COM EDEMA ACENTUADO DE PARTES MOLES,  
APRESENTANDO AINDA MAS CONDIÇÕES DE ABORDAGEM  
CIRÚRGICA PARA HOJE

COI REAVALIAR PARA ABORDAGEM DEFINITIVA NA QUINTA OU  
SEXTA PELA MANHÃ

CID 10

S623 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

  
Táció Yuri Melo  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 14108 - TEOT 15349





HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/10/2019 09:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DT. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA, MÉDICO, CRM 14255 [1]	Nº: 45951178	24/10/2019	às 09:46

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

4 PO DE FIXADOR EXTERNO POR FX DE PILA TIBIAL D  
EVOLUI COM EDEMA ACENTUADO DE PARTES MOLES,  
APRESENTANDO AINDA MAS CONDIÇÕES DE ABORDAGEM  
CIRÚRGICA PARA HOJE

[1]

CD: REAVALIAR PARA ABORDAGEM DEFINITIVA NA SEXTA PELA  
MANHÃ

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

Dr. Saulo Lacerda  
CREMEC: 14255  
TEOT: 15.369




HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 13:4

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DL Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1]	Nº: 46012063	25/10/2019	às 13:47

## REGISTROS MEDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	sem condições de fazer a cirurgia pelo linfedema programado com d tjeao rolin para ser realizado dia 02/11 em Mossoro	[1]
CID 10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]

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



REF - Hepática medida RD 11:40 hΔ 19/10/2014

1 12.5 FIVE N. 22

gH

V1

V4

V5

2

gH

V2

V5

3

gH

V2

V5

4

Handwritten text, likely a signature or name, written vertically along the left margin of the grid.

Handwritten signature and date: 19/10/2014





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

Nome: Juan Carlos dos Santos  
Data Nascimento: 08/05/1974  
Atendimento: 62678983

Médico: Dr.

Procedimento: Exatão externa

Técnicos de sala: Silvania + Paula

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
<u>Plástico</u>	<u>19.10.2019</u>	<u>0709</u>	<u>308</u>	<u>Ar.</u>
<u>Vesical</u>	<u>20.10.2019</u>	<u>0756</u>	<u>844/2</u>	<u>-</u>



**A ANEXAR ETIQUETAS DE  
BANDEJAS DE CME COM CÓDIGOS E  
INTEGRADORES**

**ANTONIO PRUDENTE** **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da Caixa: Plástico Método de Esterilização: A VAPOR

**ANTONIO PRUDENTE** **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da Caixa	<u>Vesical</u>	Método de Esterilização	<u>A VAPOR</u>
Nº Caixa	<u>0756</u>	Data de Esterilização	<u>20.10.19</u>
Nome do Responsável	<u>D. Henrique</u>	Nº Lote	<u>20.04.2</u>
			<u>844/2</u>

PACIENTE







ANTONIO  
PRUDENTE

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 21/10/19  
Nº PRONTUÁRIO: 62.8284.93

NOME COMPLETO: Antonio Prudente

DATA NASC: 08/05/74 IDADE: 45

PESO: 70 SEXO: M

CIRURGIA REALIZADA: Cirurgia de abdome

CIRURGIÃO: Dr. D. Carvalho

HORA DA ENTRADA NA RPA: 04:10

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (lpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCOSE (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
04:10	130/74	65	18	35.2	-	98	0	AVUL
04:25	128/64	60	18	35.2	-	98	0	AVUL
04:40	110/35	65	18	35.2	-	98	0	AVUL
04:55	109/65	60	18	36	-	98	0	AVUL
05:10	135/64	65	18	36	-	98	0	AVUL
05:40	124/30	60	18	36	-	98	0	AVUL
06:10	110/65	60	18	36	-	98	0	AVUL

### ÍNDICE DE ALDRETE E KROULK

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

### ÍNDICE DE ALDRETE E KROULK

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO2	TOTAL
04:10	1	1	2	2	100	6
04:25	1	1	2	2	100	6
04:40	1	1	2	2	100	6
04:55	1	1	2	2	100	6
05:10	1	1	2	2	100	6
05:40	1	1	2	2	100	6
06:10	1	1	2	2	100	6

### OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORARIO DA ATUA DA RPA: <u>04:10</u>	Dr. Carlos Marques
MÉDICO: <u>Dr. Carlos Marques</u>	Dr. Carlos Marques
ENFERMEIRO(A): <u>Dr. Carlos Marques</u>	Dr. Carlos Marques

## PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Seam Carlos dos Santos
Data de nascimento	08/03/94
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Graciele (mãe)
Procedimento a ser realizado	Fratura tibial

## 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	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		MSB

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

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

☐ Não se aplica

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

## 3. Termos:

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

Local e data: Fortaleza 21/10/19 Horário: 01:00

Seam Carlos dos Santos  
 Kariane Matos  
 responsável legal  
 Téc. Enfermagem  
 COREN 641172

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário





Nome completo gum carlos dos santos Data de nascimento 03/05/74 Número do registro hospitalar \_\_\_\_\_

### TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 04/10/19 Hora: \_\_\_\_\_ Unidade de origem: B.P.P Unidade de destino: IA (4016)

Responsável pelo transporte: ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

### SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Qtda Operatória  
 Diagnósticos: Fract. fêmur  
 Sinais Vitais: PA 123/68 mmHg FC 69 bpm FR 18 rpm T 36.4  
 SpO2 99 % Escala de dor \_\_\_\_\_  
 Medicamentos em uso \_\_\_\_\_  
 Riscos gerenciados: ☐ Não se aplica ☒ Flebite ☐ TEV ☐ LPO ☐ Queda ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 Protocolos gerenciados: ☒ Não se aplica ☐ Xerose ☐ Dor torácica ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 Suporte de oxigênio: ☒ Não ☐ Sim ☐ Cateter ☐ U/min ☐ Nebulização ☐ U/min ☐ Ventilação mecânica  
 Acessos vasculares: ☐ Não ☐ Sim ☐ CVC ☐ DEXA ☐ PICC ☐ Port a cath ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 Sondas, drenos, ostomias: ☐ Não ☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Outros dispositivos: ☐ Não ☐ Sim Qual? Fixador externo na MSC  
 Lesão de pele: ☒ Não ☐ Sim Local: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_  
 Curativos: ☐ Não ☒ Sim Qual produto? \_\_\_\_\_  
 Precaução: ☒ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Aerosóis ☐ Gotículas  
 Monitorização: ☒ Não ☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso  
 Locomoção: ☒ Deambula sem auxílio ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado  
 Transporte utilizado: ☐ Cadeira de rodas ☒ Maca ☐ Incubadora de transporte

### BREVE HISTÓRICO

**B** Antecedentes: ☐ Não ☐ Sim ☐ HAS ☐ DM ☐ AVC ☐ DPOC ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 Alergias: ☒ Não ☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Procedimentos realizados: ☐ Não ☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Valores, crenças, barreiras: ☐ Não ☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### AValiação

**A** Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

### RECOMENDAÇÕES

**R** Recomendações especiais e pendências

☐ Não ☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_

Exames Pendentes: \_\_\_\_\_

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino


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

Foi realizado o exame: ☐ Não ☐ Sim  
 Paciente apresentou intercorrência durante o exame: ☐ Não ☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Conduta imediata: ☐ Não ☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Foi encaminhado peças para análise patológica (biópsia)? ☐ Não ☐ Sim  
 Sinais Vitais: PA \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm FR \_\_\_\_\_ rpm T \_\_\_\_\_ C

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino



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

Nome do paciente: João Carlos dos Santos Data de Nascimento: 08.05.1974  
 Nº do prontuário: 5678 Data de admissão: 20.10.19  
 Leito: \_\_\_\_\_ Data da realização da escala: \_\_\_\_\_

Item	Estados Avaliados	Pontos	Respostas	Score do paciente
A	História de queda anterior	1 4	Não Sim	4
B	Condições de saúde	1 2 2 2	Sem doenças crônicas Doenças crônicas Doenças incapacitantes Uso de medicamentos	2
C	Estado de consciência e orientação	1 2 2	Consciente/ Orientado quanto às suas limitações de percepção Consciente/ Parcialmente orientado quanto às suas limitações de percepção Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de percepção	2
D	Estado psico-cognitivo	1 2 3 4	Ambigüidade Depressivo Ansioso Agitação psicomotora	2
E	Comprometimento sensorial	1 2 3 4	Sem comprometimento sensorial Comprometimento sensorial Perda de audição Perda de visão	2
F	Mobilidade/ equilíbrio corporal	1 1 1 2 3 4	Independente e sem fator de risco Apoio Incapacidade apenas com auxílio Locomove-se com cadeiras de rodas Locomove-se com auxílio de apoio de marcha Locomove-se se apoiando no mobiliário	2
G	Aterroel nas eliminações	1 4	Não Sim	4
SOMA DOS PONTOS:				18

Jefferson F. Carneiro  
 COREN-CE 519.637-ENF

SEM RISCO/RISCO BAIXO	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/RISCO ALTO	10-20	Intervenções padrão na prevenção de queda de alto risco

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

Fonte: Ministério da Saúde/ANVISA/Fiscruz/Protocolo de Prevenção de Quedas 2013/Anexo 01







Nome completo: Renato Carlos dos Santos Data de nascimento: 20/10/19 Número do registro hos

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES			
Data: <u>20/10/19</u>	Hora: _____	Unidade de origem: <u>U. C. Campes</u>	Unidade de destino: <u>U. C. Campes</u>
Responsável pelo transporte: <input checked="" type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta			

SITUAÇÃO	
<b>S</b>	Motivo da transferência: <u>Transferência</u>
	Diagnóstico(s): <u>Fratura da tíbia (D)</u>
	Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC: _____ bpm PR: _____ rpm T: _____ °C
	SpO2 _____ % Escala de dor _____
	Medicamentos em uso _____
	Riscos gerenciados <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> TEV <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros: _____
	Protocolos gerenciados <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Outros: _____
	Suporte de oxigênio <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Cateter _____ l/min <input type="checkbox"/> Nebulização _____ l/min <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica _____
	Acessos vasculares <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> ECV <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Port a cath <input type="checkbox"/> Outras: _____
	Sondas, drenos, ostomias <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?: _____
	Outros dispositivos <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?: _____
	Lesão de pele <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local: _____ Estágio: _____
	Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual produto?: _____
	Precaução <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Aerosóis <input type="checkbox"/> Gotículas
	Monitorização <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?: _____
Nível de consciência <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso <input checked="" type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Comatoso	
Locomoção <input type="checkbox"/> Deambula sem auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado	
Transporte utilizado <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Incubadora de transporte	

BREVE HISTÓRICO	
<b>B</b>	Antecedentes <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> JAVC <input type="checkbox"/> IDPOC <input type="checkbox"/> Outros: _____
	Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?: _____
	Procedimentos realizados <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?: _____
	Valores, crenças, barreiras <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?: _____

AVALIAÇÃO	
<b>A</b>	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES	
<b>R</b>	Recomendações especiais e pendências
	Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem: Renato Carlos dos Santos Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino: Renato Carlos dos Santos

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME	
Foi realizado o exame: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	
Paciente apresentou intercorrência durante o exame: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	
Conduta imediata: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____	
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC: _____ bpm PR: _____ rpm T: _____ °C	



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

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

Nº: 45772349 20/10/2019 às 14:40

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 20/10/2019 [1]

Hora Da Cirurgia A DEFINIR [1]

Cirurgia FRATURA DE TIBIA DIREITA [1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente EMG CIRURGICA [1]

Identidade Do Paciente Sim. [1]

Exames Complementares Sim. LAB + RX + TC + ECG. [1]

Retirada De Adornos/Próteses Sim. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia Sim. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia Sim. [1]

Banho Pre-Operatório Sim. [1]

Paciente Refere Alergia NÃO. [1]

Paciente Está Em Jejum SIM. [1]

Jefferson F. Carneiro  
COREN-CE 519637-ENF





HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]  
 MARIA SILVANIA MORAES MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 879196 [2]  
 MARIA SILVANIA MORAES MELO COREN 879196 [3]

Nº: 45772349 20/10/2019 às 14:40

## DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 20/10/2019  
 Hora Da Cirurgia À DEFINIR  
 Cirurgia FRATURA DE TIBIA DIREITA

## ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente EMG CIRURGICA  
 Identidade Do Paciente Sim.  
 Exames Complementares Sim. LAB + RX + TC + ECG.  
 Retirada De Adornos/Próteses Sim.  
 Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia Sim.  
 Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia Sim.  
 Banho Pre-Operatório Sim.  
 Paciente Refere Alergia NÃO.  
 Paciente Está Em Jejum SIM.

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente sim.  
 Opme Checado Em Sala Cirurgica sim.  
 Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica Não.  
 Anestésicas Do Paciente São Conhecidas Não.  
 Medicamentos Anestésicos Checados Em Sala Cirurgica sim.  
 Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea 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.  
 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.  
 Paciente Certo sim.  
 Sítio Cirúrgico Identificado sim.



## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Procedimento sim.

## ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

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

Checagem Completa Dos Equipamentos sim.

Antibiotico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos sim.

Checagem Completa Das Medicções Anestésicas sim.

Esterilização Do Material Confirmada E Validada sim.

Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas sim.

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas sim.

## AC RUMO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados sim.

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

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

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

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento sim.

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar sim.





## REGULAÇÃO

**TIPO DE REMOÇÃO:** Remoção simples

**PACIENTE:** JEAN CARLOS DOS SANTOS      **DN:** 08/05/1974 45 ANOS  
**CÓD:** B5202000115002016      **DIAS DE CARÊNCIA:** 1902 DIAS      **TEMPO DE PLANO:** 2A e5M

**REGULADO COM DR:** JOÃO ROLIM

**DIAGNÓSTICO:** FRATURA DE TORNOZELO D.

**HOSPITAL DESTINO:** Hospital Antônio Prudente – HAPFOR-  
**HOSPITAL DE ORIGEM:** Hospital Rodolfo Fernandes -HRF – MOSSORÓ-RN

**ENFERMEIRA DO CENTRO CIRÚRGICO :**HAPFOR- (85) 3277-4030  
jaqueline

**ENFERMEIRA DO TRAUMA :**HAPFOR- (85) 3277-4013  
Luana vieira

**ENFERMEIRA HOSPITAL ORIGEM:** HRF (84) 3315-6800  
Aliana Gurgel

**SUPERVISÃO – HAPFOR-**(85)9.9129-0345  
Luana

**CENTRAL DE LEITO– HAPFOR-**(85)3277-4343  
Ranieri

**COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM:** HRF  
Ilmahra Uchoa - cliente

**DIREÇÃO MEDICA :** HRF  
Dr: Narcisio Bessa – cliente

**DIREÇÃO ADMINISTRATIVA :** HRF  
Leiliane Cortez -cliente

**OBS:** PACIENTE VAI PARA REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA DIA 20/10/19 POR VOLTA DAS 14:00 HS, CONFORME SOLICITAÇÃO DE DR. JOÃO ROLIM.

Mossoró, 19 de outubro de 2019

Aliana Carla Fernandes Gurgel  
COREN/RN - 481275  
Enfermeira



## REGULAÇÃO

**TIPO DE REMOÇÃO:** Remoção simples

**PACIENTE:** JEAN CARLOS DOS SANTOS **DN:** 08/05/1974 45 ANOS  
**CÓD:** B5202000115002016 **DIAS DE CARÊNCIA:** 1902 DIAS **TEMPO DE PLANO:** 2A e5M

**REGULADO COM DR:** JOÃO ROLIM

**DIAGNÓSTICO:** FRATURA DE TORNOZELO D.

**HOSPITAL DESTINO:** Hospital Antônio Prudente – HAPFOR-  
**HOSPITAL DE ORIGEM:** Hospital Rodolfo Fernandes -HRF – MOSSORÓ-RN

**ENFERMEIRA DO CENTRO CIRÚRGICO :**HAPFOR- (85) 3277-4030  
jaqueline

**ENFERMEIRA DO TRAUMA :**HAPFOR- (85) 3277-4013  
Luana vieira

**ENFERMEIRA HOSPITAL ORIGEM:** HRF (84) 3315-6800  
Aliana Gurgel

**SUPERVISÃO – HAPFOR-**(85)9.9129-0345  
Luana

**CENTRAL DE LEITO– HAPFOR-**(85)3277-4343  
Ranieri

**COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM:** HRF  
Ilma Uchôa - cliente

**DIREÇÃO MÉDICA :** HRF  
Dr. Narcisio Bessa – cliente

**DIREÇÃO ADMINISTRATIVA :** HRF  
Leiliane Cortez -cliente

**OBS:** PACIENTE VAI PARA REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA DIA 20/10/19 POR VOLTA DAS 14:00 HS, CONFORME SOLICITAÇÃO DE DR. JOÃO ROLIM.

Mossoró, 19 de outubro de 2019

  
Aliana Carla Fernandes Gurgel  
COREN/RN - 481275  
Enfermeira



paciente <b>JEAN CARLOS DOS SANTOS</b>	Idade <b>45 (A)</b>
médico <b>ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA</b>	Data da Coleta <b>19/10/19 15:13</b>
Convênio <b>HAPVIDA ELETIVO</b>	Entrega <b>01- Impresso</b>
	Data da Entrega <b>19/10/19 17:09</b>

## RESULTADO

### TAP - TEMPO DE PROTROMBINA


Tempo do Paciente.....	13,60 seg	11,00 a 12,50
Tempo Controle.....	13,00 seg.	
Atividade Protrombinica.....	87,00 %	70,00 a 100,00
Relação.....	1,04	
INR.....	1,07	Até 1,26
Método : Tromboplastina Cálcica		

### TTPA - TEMPO DE TROMB. PARCIAL ATIVA

Tempo de Tromboplastina Parcial ..	42,10	30,00 a 45,00
Ativado	1,35	
Relação P/N.....	31,00	
Controle Normal.....		
Método : Automatizado		

### COAGULOGRAMA COMPLETO

Tempo de Coagulação.....	5:00 min.	5 a 10 minutos
Tempo de Sangramento.....	1:15 min.	1 a 3 minutos
Prova do Laço.....	Negativo	Negativo
Contagem de Plaquetas.....	278.000 mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000
Método :		

  
Dr. Renato Junior de Holanda  
CRF 3217/RJ

Folha: 2 de 2  
Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.



Paciente <b>JEAN CARLOS DOS SANTOS</b>	Idade <b>45 (A)</b>
Médico <b>ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA</b>	Data da Coleta <b>19/10/19 15:13</b>
Convênio <b>HAPVIDA ELETIVO</b>	Data da Entrega <b>19/10/19 17:09</b>
Coleta <b>03- Unidade 24 Horas</b>	Entrega <b>01- Impresso</b>

## RESULTADO

### GLICOSE

Método : Enzimático Colorimétrico  
 V.R. : 60 a 99 mg/dL  
 Comentário : -Glicemia de jejum entre 100 a 125 mg/dL: Glicemia de jejum inapropriada (G3).  
 -Glicemia de jejum acima de 125 mg/dL: Critério para diagnóstico de Diabetes mellitus.-Recomendações da American Diabetes Association (2004).

**101,0 mg/dL**

### URÉIA

Método : Urease Modificado  
 V.R. : 10 a 50 mg/dL

**29 mg/dL**

### CREATININA

Material : Soro  
 Método : Cinético Colorimétrico  
 V.R. : 0,70 - 1,20 mg/dL

**0,81 mg/dL**

### Estimativa Ritmo da Filtração Glomerular

V.R. : Valor Desejável/Recomendado: Estimativa RFG:  
 Maior que 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

**103 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>**

  
 Dr. Denato Junior de Holanda  
 CRF 3217/RN

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. São um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.





Paciente  
**JEAN CARLOS DOS SANTOS**

Médico  
**ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA**

Convênio  
**HAPVIDA ELETIVO**

Coleta  
**03- Unidade 24 Horas**

Entrega  
**01- Impresso**

Idade  
**45 (A)**

Data da Coleta  
**19/10/19 15:13**

Data da Entrega  
**19/10/19 17:09**

## RESULTADO

### HEMOGRAMA

\*\*\* Analisador Automático - ABX Pentra XL 80 - Horiba Medical \*\*\*

#### Eritrograma

Hemácias em milhões:	4,27 $\mu^3$
Hemoglobina .....	13,4 g/dL
Hematócrito .....	38,3 g/dL
VCM .....	89,69 fL
HCM .....	31,38 pQ
CHCM .....	34,98 g/dL
RDW .....	15,0 %

#### Leucograma

Leucócitos .....	9.300 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos .....	8.184 /mm <sup>3</sup>
Bastões .....	0 /mm <sup>3</sup>
Segmentados .....	8.184 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos .....	93 /mm <sup>3</sup>
Linfócitos .....	744 /mm <sup>3</sup>
Monócitos .....	279 /mm <sup>3</sup>
Plaquetas .....	278.000 /mm <sup>3</sup>

#### Valores de Referência

Homens	Mulheres
4,5 - 6,5	4,0 - 5,6
13,5 - 18,0	11,5 - 16,0
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0
82,0 - 93,0	
27,0 - 32,0	
32,0 - 36,0	
12,0 - 16,0	

#### Valores de Referência

4.000 - 11.000
54 - 62
3 - 5
54 - 62
2 - 5
20 - 35
3 - 8
150.000 - 450.000

Dr. Renato Junior da Holanda  
CRF 3217/RN

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. São um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.

Folha:



# Ortopedia

Ra Fo de tornozelo instável  
Or P2 56 cm simétrico  
P1 40 cm simétrico

Dr. Igo Wellesko M. do Carmo  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 9429





**hapvida**

Faz bem pra você

(Preencher quando não houver ajuste)

Nome completo (paciente)

CPF

Idade

CRM

João Carlos dos Santos

Data de Nasc. 08/05/1974

## 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 anestesiológico abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico raquiorexia ou o seguinte alternativa anestésico \_\_\_\_\_

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 anestesiológico. 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 anestesiológico sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido do 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 dessas substâncias.

### PAIENTE/RESPONSÁVEL

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

20 de Outubro de 20 19

Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura: João Carlos dos Santos

Nome legível: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

**Marceli Casali**  
Médico Anestesiológico  
CREMEC 11280

Nome legível. CRM a visto ou carimbo com CRM a visto



## FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: João Carlos Santos

Passagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: 45

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

Alérgico a medicamentos: halotano, morfina

<b>Cardio-circulatório</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tolerância ao exercício <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras  <b>Respiratório</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Dependência O <sub>2</sub> Apnéia do sono DVA recente Expectoração Outras  <b>Gastrointestinal/hepática</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Ref. Gastro-esofágico Úlcera péptica Vômito/diarreia Hérnia de hiato Obst. intestinal Outras  <b>Neurológico</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Convulsões Ocorrência/frequência Lesão medular Outras  <b>Renal</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Doença renal crônica Insuficiência renal Outras  <b>Hematológico</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Transfusão prévia Plaquetopenia Outras  <b>Músculo esquelético</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Dor lombar Miopatia/distrofia Outras  <b>Endócrino</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Diabetes tipo Patologia da tireoide Outras	<b>Câncer</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Outras  <b>Infeccioso</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo HIV Outras  <b>Gravidez</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Idade gestacional: _____ semanas  <b>Criança abaixo de 1 ano</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Condições de Nascimento <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com e mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: Idade gestacional: _____ semanas Idade pós-concepcional: _____ semanas Idade gest. idade atual: _____  <b>Hábitos Sociais</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tabaco <input type="checkbox"/> Cigarros/dia <input type="checkbox"/> Drogas Alcool <input type="checkbox"/> Outras  <b>Alérgico</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tipo/Agente <input type="checkbox"/> Reação	<b>Exame Físico</b> Cardíaco Resp. Neuro. Regional Outro  <b>Laboratório</b> <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Ha</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </table> <b>Medicação</b> (Verificar se tomou na dia da cirurgia)  Via aérea História de via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não  Mellampati <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IV Distância asterno/meno cm Dentição/Prognatismo  Outros  Hemorragias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tipo/gem solicitada Reserva de _____ U Conc. Glob  Avaliação ASA <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Planejamento Anestésico	Hb	Ht	Ha	E	Plaquetas	Glicose
Hb	Ht	Ha						
E	Plaquetas	Glicose						

Comentários sobre os achados

28/10/19

Marcelo Casali  
Médico Anestesiologista  
CREMEC 11280





PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62876983

Prontuário: 9576012

Evento: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Assinatura(s): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 819637 [1]  
MARIA SILVANIA MORAES MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 879196 [2]  
MARIA SILVANIA MORAES MELO COREN 879196 [3]

Nº: 45772438 20/10/2019 às 14:43

## PACIENTE

Data De Admissão

20/10/2019

## PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Emergência.

Data Da Cirurgia

20/10/2019

Procedimento Cirúrgico Proposto

FRATURA DE TIBIA DIREITA

Pulseira De Identificação

MSD.

Comorbidades

NEGA

Nome, dosagem, frequência

NÃO TOMA.

Alergia- Descrição

NEGA

Tabagista

Não.

Etilista

Sim.

Internações Anteriores

NEGA

Avaliação Das Condições Emocionais

Cooperativa.

Orientações Ao Paciente

Cirurgia.

Reserva de Hemoderivados

Não.

Reserva de Hemoderivados

Sim

Higienização

Sim

Unhas, Dentes, Esmaltes E Maquiagem

## NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum

Sim.

Conservado

Sim

## CONFORTO

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

20/10/2019

Hora

14:46

## INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

TEC. KATIANE

Hora

03:00HS

Sala

01

Condições Da Pele ao início da cirurgia

INTREGA

Início Da Anestesia

03:10MIN

Término Da Anestesia

04:00HS

03:10MIN

Data Da Cirurgia



## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62875983

Prontuário: 9576012

Número: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Término Da Cirurgia	03:50MIN	[3]
Instrumentador	PAULA	[2]
Circulante	SILVANIA	[2]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.	[2]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[2]
Numero Total De Compressas Inseridas	10 UD	[2]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[2]
Medicações/hora	FICHA DE ANESTESIA	[2]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[2]
Clorexedine Degermante	Sim	[2]
Grau De Contaminação	Limpa.	[2]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[2]

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	21.10.2019	[2]
Hora	03:30MIN	[2]

## OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	J.C.S. 45 ANOS, PACIENTE ADMITIDO NO CC PARA SUBMETER A CIRURGIA DE FIXADOR EXTERNO MID, COM DR. DANIEL, SOB ANESTESIA RAQUE E SEDAÇÃO, COM DRA REISALLA, COM ACESSO PERIFERICO MSE, CURATIVO SIMPLES, PULSEIRA MSD, NEGA ALERGIAS, ENCAMINHADO PARA SRPA, SEGUEM EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	SIM	[2]
Punções Venosas	MSD	[2]

## PÓS-OPERATÓRIO

Silvania



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/10/2019 14:50

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772438 20/10/2019 às 14:43

## PACIENTE

Data De Admissão 20/10/2019 [1]

## PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 20/10/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE TIBIA DIREITA [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NÃO TOMA. [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não. [1]

Etílista Sim. [1]

Internações Anteriores NEGA [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados Não. [1]

Reserva de Hemoderivados [1]

Higienização Sim. [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

## NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum Sim. [1]

Conservado Sim [1]

## EFORTO

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 20/10/2019 [1]

Hora 14:46 [1]

## INTRA-OPERATÓRIO

## PÓS-OPERATÓRIO

  
Jefferson F. Carneiro  
COREN CE 519.637-ENF

1-Registro ANS 308252 3-Dia de Autorização 30/10/2019 4-Código 030376840 5-Validade da Carteira

6-Plano NOSSO PLANO 301 - 700070396 11-Número da Carteira Nacional de Saúde

10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS 14-Código CNEB

Dados do Contratado Solicitante 12-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12061267009140 13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN 15-Código Profissional CPM 17-Número do Conselho 10511 18-UF CE 19-Código CBOB

13-Nome do Profissional Solicitante JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS 20-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12061267009140 21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN 22-Tipo de Interação 1-1-Clinico 2-2-Cirurgia 3-3-Obstetricia 4-4-Pediatria 5-5-Psiquiatria 25-Código Unica Solicitacao 1

22-Código de Interação 1-1-Estetico 2-2-Urgencia 23-Região de Interação 1-1-Hospitalar 2-2-Hospitalar dia 3-3-Domiciliar 26-Indicação Clínica

História Diagnóstica 27-Tipo Doença 1-1-A-Aguia 2-2-Cronica 28-Tempo de Doença Relatado pelo Paciente 1-1-A-Anos 2-2-Meses 3-3-Dias 29-Indicação de Acesso 1-1-D-Acidente via doença relacionada ao Trabalho 2-2-Transtorno 30-CID 10 Principal S52.2 31-CID 10 (2) 32-CID 10 (3) 33-CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados 34-Tabela 35-Código do Procedimento 36-Descrição do Procedimento 37-Grado Selo 38-Grado Autor.

34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento	37-Grado Selo	38-Grado Autor.
01	30732026	ENDERTO OSSEO	1	1
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

OPM Solicitadas 39-Tabela 40-Código do OPM 41-Descrição do OPM 42-Código 43-Fabricante 44-Valor Unitário PM

39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição do OPM	42-Código	43-Fabricante	44-Valor Unitário PM
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Dados da Autorização 45-Data Prevista de Admissão Hospitalar 46-Data, Datas Autorizadas 47-Tipo de Autorização Autorizada ENFERMARIA 48-Código da Operadora/CNPJ 12061267009140 49-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN 50-Código CNEB

51-Observação Vinculada a guia nº 40068070

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante 53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 1091-7EOT 1033

João Carlos dos Santos





Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira 05203500115002	8-Plano NOSSO PLANO XXI - 700970000	9-Validade da Carteira
10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS		11-Número da Carteira Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12-Código de Operador/CNPJ/CPP 12361267009140	13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	14-Código CNES
15-Nome do Profissional Solicitante JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	16-Conselho Profissional CRM	17-Número do Conselho 10511
		18-UF CE
		19-Código CBO

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Interação

20-Código de Operador/CNPJ/CPP 12361267009140	21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN
22-Caráter da Interação ID E-Ativo U-Urgência	23-Tipo de Interação 11-Clinico 2-Ortopedia 3-Obstetrica 4-Pediatria 5-Psiquiatria
24-Regime de Interação <input type="checkbox"/> 1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Dentistia	25-Ord. Diárias Solicitadas 1
26-Indicação Clínica	

História Diagnóstica

27-Tipo Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda C-Crônica	28-Tempo da Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A-Anos M-Meses D-Dias	29-Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trauma 2-Outros
30-CID 10 Principal S609	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)
		33-CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados

34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento	37-Qtda.Solis.	38-Qtda.Autor.
01 2004	30720142	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENT	1	1
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

OPM Solicitadas

39-Tabela	40-Código da OPM	41-Descrição da OPM	42-Qtda	43-Fabricante	44-Valor Unitário-R
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Dados da Autorização

45-Data Prevista da Admissão Hospitalar	46-Cide, Diárias Autorizadas 1	47-Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA
48-Código de Operador/CNPJ/ 12361267009140	49-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	50-Código CNES

51-Observação

Vinculada a guia nº 40068070

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-BR 49941-TEOT 10203

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 05/11/2019	54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--

Jeon Carlos dos Santos



1-Registro ANS 368253	2-Data da Autorização 30/10/2019	4-Senha 007375640	5-Data de Validade da Senha 29/12/2019	6-Data de Emissão da Guia 05/11/2019
--------------------------	-------------------------------------	----------------------	---	---

## Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira B5202000110002	8-Plano NOSSO PLANO 301 - 700070000	9-Validade da Carteira
10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS		11-Número da Carteira Nacional de Saúde

## Dados do Contratado Solicitante

12-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361267009140	13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	14-Código CNES
15-Nome do Profissional Solicitante JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	16-Conselho Profissional CRM	17-Número do Conselho 10511
		18-UF CE
		19-Código CBO

## Dados do Contratado Solicitado / Dados de Informação

20-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361267009140	21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN
22-Caráter da Informação IEI E-Externo U-Urgência	23-Tipo de Informação 1-Gineco 2-Gineco 3-Obstétrico 4-Pediatria 5-Psiquiatria
24-Regime de Informação <input type="checkbox"/> 1-Hospitalar 2-Hospitalar dia 3-Domiciliar	25-Data de Início Solicitada 1
26-Indicação Clínica	

## Hipóteses Diagnósticas

27-Tipo Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda C-Crônica	28-Tempo da Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> 1-A-Anos M-Meses D-Dias	29-Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionado ao Trabalho 1-Trânsito 2-Curios
30-CID 10 Principal 5823	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)
		33-CID 10 (4)

## Procedimentos Solicitados

34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento	37-Qtde. Solic.	38-Qtde. Autor.
01	2004	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAM	1	1
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

## CPM Solicitado

39-Tabela	40-Código do CPM	41-Descrição do CPM	42-Qtde	43-Parâmetro	44-Valor Unitário
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

## Dados da Autorização

45-Data Prevista da Admissão Hospitalar	46-Data de Autorização 1	47-Tipo de Assistência Autorizada ENFERMARIA
48-Código da Operadora/CNPJ 12361267009140	49-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	50-Código CNES

## 51-Observação

Vinculada a guia nº 40068070

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 8851 - TEO-10293

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante

53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização





1 - ANS 1936.825-3		2 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		3 - TEMPO 037875210		4 - DATA MÚLTIPLO DA SEMANA		5 - DATA DE DADOS DA GUAR	
6 - NÚMERO DA CARTA				7 - PLANO				8 - VALORES DA CARTA	
9 - NOME				10 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE					
11 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNV / CIP				12 - NOME DO CONTRATADO				13 - CÓDIGO CNES	
14 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				15 - CATEG. PROFISSIONAL				16 - Nº DO CONSELHO	
17 - CATEG. PROFISSIONAL				18 - UF				19 - CÓDIGO CNES	
20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNV / CIP				21 - NOME DO PRESTADOR					
22 - CATEG. DA INTERNAÇÃO				23 - TIPO DE INTERNAÇÃO				24 - REGIME DE INTERNAÇÃO	
25 - INDICAÇÃO CLÍNICA				26 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS					
<p>27 - TIPO DE DOENÇA</p> <p>28 - TIPO DE DOENÇA</p> <p>29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE</p> <p>30 - CID (S) PRINCIPAL</p> <p>31 - CID 10 (S)</p> <p>32 - CID 10 (S)</p> <p>33 - CID 10 (S)</p>									
<p>34 - DATA</p> <p>35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</p> <p>36 - DETECÇÃO</p> <p>37 - QTD. SOLIC.</p> <p>38 - QTD. AUTORIZ.</p>									
<p>39 - TABELA</p> <p>40 - CÓDIGO DO CIP</p> <p>41 - RESOLUÇÃO CIP</p> <p>42 - QTD.</p> <p>43 - FABRICANTE</p> <p>44 - NÚM. UNIDADE</p>									
<p>45 - DATA PRÉVIA ADMISSÃO HOSP</p> <p>46 - QTD. DIÁRIAS AUTORIZADAS</p> <p>47 - TIPO DE CONDIÇÃO AUTORIZADA</p> <p>48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNV</p> <p>49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO</p> <p>50 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS</p> <p>51 - OBSERVAÇÃO</p>									
<p>52 - DATA E ASSINATURA DO ALMOÇO SOLICITANTE</p> <p>53 - DATA E ASSINATURA DO ADMISSIVO OU RESPONSÁVEL</p> <p>54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO</p>									

Dr. João Ricardo Bolim Arsenariis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 0091 - T601-10233

João Carlos dos Santos





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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9576012	JEAN CARLOS DOS SANTOS	M	08/05/1974	45
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
1469666 SSP RN	96962119453			2-SOLTEIRO
Endereço				
R HERCULANO COUTO 2039 BARROCAS MOSSORO-RN CEP:59000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988543340		RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS		

## DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - HRP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
02/11/2019	10:51		
Médico Atendente			Clinica
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS			3-PEDIATRICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

## DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano CONTROL CONSTRUCOES LTDA	
255-HAPVIDA MOSSORO	6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
B5202000115002016		

## DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HRF	310232 SALA CIRURGICA 2	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
40068069	99996666	D37375210	INTERNACAO
40068069	30728142	D37375411	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
40068069	30728126	D37375210	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 1
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 10
			Material - 99800412 - PARAFUSO MALEOLAR - QTDE: 1
			Material - 99829330 - FIO MALEAVEL DE CERCLAGEM - QTDE: 1
			Material - 99832718 - PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 MM INCLUI PARAFUSOS - QTDE: 1
			Material - 99836355 - ARRUELA LISA - QTDE: 1
40068069	30727138	D37375640	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO
40068069	30732025	D37375840	TRATAMENTO CIRURGICO
			ENXERTO OSSEO

R4310RI - VALESKA KATHELYN ALVES PEREIRA



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:48

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534841100000053405070

Número do documento: 20050414534841100000053405070

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

### (CONSENTIMENTO INFORMADO)

Pelo presente instrumento, que considera o artigo 59, do Código de Ética Médica, o inciso III, do artigo 6º e o inciso VI, do artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90, declaro que:

1º) fui informado (a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e / ou diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

2º) foi indicado a realização do exame / procedimento exame / procedimento: \_\_\_\_\_

(se órgão múltiplo, especificar: [D] Direito [E] Esquerdo Ambos ou nível \_\_\_\_\_)

3º) recebi as explicações necessárias quanto aos benefícios deste exame / procedimento;

4º) recebi as informações necessárias sobre as possibilidades de êxito;

5º) estou ciente de que, durante o exame e/ou procedimento para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis (fortuitas);

6º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais com sangramento, infecção, problemas cardíaco-vasculares, respiratórios e urinários. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

7º) também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar exame / tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação;

8º) estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação:

do(a) médico(a) anestesista nome legível do anestesiológico / equipe

do(a) médico(a) que assina esse termo;

9º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão / autorização voluntária para que o procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

10º) esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

11º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;





## AJUSTES

PACIENTE: Jean Carlos dos Santos  
END: Rua. Herculano Costa N° 2039 - Purores.  
CPF No.: 969621194-53 RG No.: 1469666  
Leito No.: \_\_\_\_\_ Prontuário No.: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_  
END: \_\_\_\_\_  
CPF No.: \_\_\_\_\_ RG No.: \_\_\_\_\_

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, o paciente acima identificado ou, na impossibilidade do mesmo subscrever este documento, o seu responsável acima identificado, um ou outro, **RECONHECE, CONSENTE e DECLARA** que:

- 1 - foi devidamente informado sobre a condição de saúde do referido paciente, sob tratamento no **HOSPITAL** \_\_\_\_\_, devidamente esclarecido quanto ao procedimento ao qual será submetido, recebendo todas as informações necessárias quanto aos tratamentos alternativos, às possibilidades de ter os resultados ou problemas esperados que possam ocorrer durante a recuperação, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento;
- 2 - está ciente de que a dor pode ocorrer após a realização do procedimento e que as medidas de para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário, compreendo a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor ou qualquer outro desconforto;
- 3 - está ciente de que durante o procedimento poderá apresentar outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) anteriormente, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis;
- 4 - está ciente de que no procedimento invasivo podem ocorrer complicações e que autoriza, desde já, qualquer outro procedimento, exame, tratamento cirúrgico, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados daqueles inicialmente propostos;
- 5 - assume inteira responsabilidade em caso de eventual recusa em submeter-se à procedimento de hemotransfusão, quando este for recomendado pela equipe médica responsável pela assistência prestada, declarando, ainda, ter sido devidamente cientificado pelos profissionais assistentes dos riscos advindos da recusa do tratamento proposto, inclusive do risco de morte, bem como isenta inequivocamente de qualquer responsabilidade o hospital e seus profissionais por possíveis consequências adversas à sua saúde, a partir da sua recusa em ser submetida à hemotransfusão recomendada.
- 6 - autoriza que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento;
- 7 - autoriza o médico, Dr. \_\_\_\_\_, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Mossoró/RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2019, às \_\_\_\_ hs.

Jean Carlos dos Santos

**BENEFICIÁRIO PACIENTE**

CPF No. \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO BENEFICIÁRIO/PACIENTE**

CPF No. \_\_\_\_\_

Hospital Rodolfo Fernandes (Mossoró), Av. Dr. Celso de Faria, 200, Nova Estância, Mossoró.





## TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ("CONSENTIMENTO INFORMADO") ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESISTA

1 - Por este instrumento, eu abaixo identificado, fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido. Autorizo o médico abaixo identificado, ou outro colega da mesma equipe, credenciado pelo hospital, a realizar o seguinte ato anestésico:

( ) anestesia geral (X) raqui anestesia ( ) peridural ( ) outra anestesia regional  
( ) sedação ( ) acompanhamento do Anestesiologista.

Para realizar, a(s) seguinte cirurgia / procedimento: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

2 - Os benefícios da técnica escolhida e as alternativas foram comigo discutidas.

3 - Embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos. Poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios tais como alteração na pressão arterial ou no ritmo cardíaco. A anestesia específica poderá ocasionar: Rinite, hemicrania, náusea, vômito

4 - A possibilidade de ocorrência de cada uma das complicações descritas acima é bastante variável e tenho consciência de que poderão ocorrer outros riscos ou complicações inesperadas não discutidos ou incluídos neste documento. Entendo, no entanto, que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para o melhor resultado possível.

5 - Compreendo que, por vezes, seja necessário, para a minha segurança e conforto, mudar o método de anestesia planejada com base na minha situação clínica e dou o meu consentimento para esta alteração.

6 - Declaro que prestei todas as informações relativas às minhas alterações na saúde, presentes e passadas, clínicas cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso e hábitos (como tabagismo e uso de bebidas alcoólicas ou drogas). Qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e comprometer o resultado do procedimento.

7 - Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e, assim, autorizo a realização do procedimento proposto.

8 - Reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

MOSSORÓ (RN), 02 de NOVEMBRO de 2019

João Carlos dos Santos  
Nome do paciente

João Carlos dos Santos 1469666  
Assinatura do paciente

Carteira de identidade

\* Nome do responsável

\* Assinatura do responsável

Carteira de identidade

\* Responsável deve assinar em caso de paciente menor de idade (ou quando o paciente não tenha condições de assinar o documento).

Dr. João Ricardo Rolim Arseniz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 8101 - TEUT 0003

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável, o propósito, benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) tratamento(s) / procedimento(s) acima descrito(s), tendo respondido a(s) pergunta(s) formulada(s) pelo mesmo de forma esclarecedora. Conforme meu entendimento, o paciente e/ou responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Dr. João Ricardo Rolim Arseniz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 8101 - CRM-PB 8007



**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF**

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 810296	Nº: 46376078	02/11/2019	às 15:29

**PACIENTE**

Data De Admissão 02/11/2019 [1]

**PRÉ-OPERATÓRIO**

Tipo De Cirurgia Eletiva. [1]

Data Da Cirurgia 02/11/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE TIBIA [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Nome, dosagem, frequência NÃO [1]

Alergia- Descrição NÃO [1]

Internações Anteriores NÃO [1]

Motivo das Internações NÃO [1]

Cirurgias Anteriores Não. [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Anestesia. [1]

Reserva de Hemoderivados Não. [1]

**NUTRICIONAL / METABÓLICO**

Peso Estimado 65 kg [1]

Intolerância Alimentar Não. [1]

Jejum Sim. [1]

**ELIMINAÇÕES**

Intestinais Presente. [1]

Urinárias Presente. [1]

**COGNITIVO / PERCEPTIVO**

Em Ouvir Sim. [1]

Compreender Sim. [1]

Memorizar Sim. [1]

Falar Sim. [1]

**CONFORTO**
**SINAIS VITAIS**

Pulso 99 bpm [1]

PA 120X70 [1]

**OUTROS DADOS E SINAIS**

Peso 65 kg [1]

**DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS**

Hora 13:00 [1]

**INTRA-OPERATÓRIO**




**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF**

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Responsável Pelo Recebimento	DALIANE	[1]
Hora	14:35	[1]
Sala	02	[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	INTEGRA	[1]
Início Da Anestesia	14:40	[1]
Término Da Anestesia	18:40	[1]
Início Da Cirurgia	14:50	[1]
Término Da Cirurgia	18:30	[1]
Instrumentador	ANTONIA	[1]
Circulante	DALIANE	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.	[1]
Numero Inicial De Compressas	15 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 2	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 3	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 4	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 5	0 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	0 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	15 UD	[1]
Tipo	Elétrico.	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INTEGRA	[1]
Grau De Contaminação	Limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]

<b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>		
Data	02/11/2019	[1]

<b>OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS</b>		
Eletrodos	TORAX	[1]

<b>PÓS-OPERATÓRIO</b>		
Nível de Consciência pos operatorio	Calmo.	[1]
Tipo De Respiração	Espontânea c/suporte de o2.	[1]
Extremidades	Perfundidas.	[1]
Curativos Cirúrgicos	Limpo e seco.	[1]

<b>CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO</b>		
Nível de Consciência	Calmo.	[1]
Extremidades	Perfundidas.	[1]





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Curativos Cirúrgicos	Pouco úmido.		[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS			
Eletrodos	TORAX		[1]



# AValiação Pré-Anestésica

NOME COMPLETO: João Carlos dos Santos DATA NASC: 05/05/74 IDADE: 45 LETO:             
 ANESTESIOLOGISTA: Guilherme CRM: 8318 CIRURGIA: Freio daço DATA: 02/11/22

RESPIRATÓRIO	GASTROINTESTINAL	CARDIOVASCULAR	NEUROLÓGICO	MÚSCULO ESQUELÉTICO	ENDÓCRINO	HEMATOLÓGICO
<input type="checkbox"/> Asma brônquica <input type="checkbox"/> DPOC/Displasia <input type="checkbox"/> Tosse produtiva <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Pneumopatia <input type="checkbox"/> Lesões pleurais <input type="checkbox"/> RX alterado	<input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Ictericidade <input type="checkbox"/> RGE <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Pancreatite <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Estômago cheio <input type="checkbox"/> Cirrose	<input type="checkbox"/> Valvopatia <input type="checkbox"/> Alt. Congênita <input type="checkbox"/> ICC/Ostiose <input type="checkbox"/> ECG anormal <input type="checkbox"/> Arginal/MI <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Varizes MMII <input type="checkbox"/> Apatia física ruim <input type="checkbox"/> ECG alterado	<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> HIC <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Lesão periférica <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Xefaleia <input type="checkbox"/> Síncopa / Convulsão <input type="checkbox"/> Parestesias	<input type="checkbox"/> Artrose <input type="checkbox"/> Doença muscular <input type="checkbox"/> Infecção de coluna <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Patologia óssea <input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença da tireóide <input type="checkbox"/> Gestação <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Atraso menstrual	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Coagulopatia <input type="checkbox"/> Transfusão <input type="checkbox"/> ANESTESIA PREVIA <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Dificil
<input type="checkbox"/> Sepse <input type="checkbox"/> Peritonite <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Medicamentos em uso	<input type="checkbox"/> Exames em vias aéreas <input type="checkbox"/> Molhagem I II III IV V <input type="checkbox"/> Tirocromatário <input checked="" type="checkbox"/> <6cm	<input type="checkbox"/> Extensão Atlantococcipital <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 1 1/2 <input checked="" type="checkbox"/> completa

Peso(kg)	Altura(m)	Pulso por min.	Grupo ABO/Rh	Hta (mmHg)	Hb(g)	Glicemia	P.A. (mmHg)	COMENTÁRIOS ADICIONAIS
68	1,68	80	-	130/80	13,4	101	120/80	
Ureia	Creatinina	Albumina	Na+	Cl-	K+	TGO	TGP	
23	0,91	-	-	-	-	-	-	
Estado físico (ASA)	Pré-medicação	Jejum	Médico (CRM)					
I	-	> 8h	O. JESSÉSON OLIVEIRA DOS ANJOS - ANESTESIOLOGISTA - CRM-SP 6053 - CRM-PB 81007					



NOME Iran Carlos dos Santos DATA 02/11/19

SERVIÇO Urgência ANESTESISTA Frederico CIRURGIÃO Dr. Raimundo

IDADE H SEXO B COR B PR. ART. 120/80 PULSO 70 TEMP. 36 ESTADO FÍSICO 2 3 4 5 PRÉ-ANESTÉSICO -

DIAGNÓSTICO fract. de tibia - fratura unipoliar  
fract. humeral de transverso - fratura uni.  
Exerto 6º ano

OPERAÇÃO REALIZADA lesão ligamentar aguda - fratura uni.

INÍCIO 14:40 TERMINO 19:30 DURAÇÃO 3:50 ROTINA X EMERGÊNCIA - EXTRA -

SpO<sub>2</sub> 91 98 98 91 91 98 98 91 91 91 91 91 91

ETCO<sub>2</sub> -

HORA	OBSERVAÇÕES
A <u>2</u>	1) Midoclorina 1mg/kg
G <u>2</u>	2) Morfina 10mg
E <u>2</u>	3) Clonidina 20µg
N <u>2</u>	4) Cefazolin (2)
T <u>2</u>	5) Ropivacaína (2)
E <u>2</u>	6) Ondansetrona (1)
S <u>2</u>	7) Cetoprofeno (1)
	8) Dexametasona (1)
	9) Midazolam (1)
	10) Etilefrina (2)
	11) Atropina (2)
CÓDIGO	
ANESTESIA X 220	
OPERAÇÃO 200	
INTUBAÇÃO X 180	
ENDOTRAQUEAL 180	
PRES. SISTOL. V 140	
PRES. DISTOL. A 120	
PULSO. 100	
RESPIR. - RA 80	
ASSIST. - RE 60	
EXPONTE. - RE 40	
RESPIR. CONTR. - RC 20	
POSICÃO	
	Soro <u>15:20</u>
	Sangue
	Outros

TECNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDAÇÃO: ( )  
ANEST. REGIONAL: (X) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

AGENTES EMPREGADOS Flunitrazepam, ampicilo, penicilina, clonidina, atropina, 13109, agulha 17G,  
levor, cloro, 2 agulhas apuntes

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO -





## PROTOCOLO DE MONITORAMENTO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Completar: **paciente** **antes** **dos** **30** **min**

Data de nascimento: **08/05/19**

### HA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

08/11/19 Horário: **14:40** Cirurgia Realizada: **França de Tornozelo Direito**  
 Hora admissão na RA: **18:50** Anestesiologista: **Guilherme** Tipo de Anestesia: **Nequiamente via**  
 Cirurgião: **Paulo**

### CONTROLES:

PARÂMETRO	HORA	TEMPERATURA	FC	FR	PA(mmHg)	DO2/SCO2	ESCALA DE DOR
15 min	18:50	34,9	66	19	81x53	0	0 SEM DOR
15 min	19:05	35,2	65	21	93x54	0	1 DOR LEVE
15 min	19:20	35,4	63	21	93x54	0	2 DOR LEVE
15 min	19:35	35,6	69	39	100x65	0	3 DOR LEVE
30 min							4 DOR MODERADA
30 min							5 DOR MODERADA
hora							6 DOR MODERADA
hora							7 DOR MODERADA
hora							8 DOR MODERADA
hora							9 DOR MODERADA

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro: 

### ÍNDICES AVALIADOS PELO ÍNDICE DE STEWARD (O PAI) OS

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO	Condição	Score
Resposta a estímulos	Adequado	2
Resposta a estímulos	Não responsivo	1
Tosse ao comando verbal ou físico		2
Mantém a via aérea		1
Requer assistência à via aérea		0
Movimento intencional dos membros		2
Movimentos não intencionais		1
Sem movimentação		0

SCORE: **4**

### ÍNDICE DE ALPERT E KRULIK MODIFICADO



Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	1
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1
	Apneia	0
Cardíaca	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	2
	Pressão arterial em 20% a 45% do nível pré-anestésico	1
	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação	Capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> > 92% respirando ar	2
	Necessita de O <sub>2</sub> suplementar para manter a saturação de O <sub>2</sub> > 90%	1
	Saturação de O <sub>2</sub> < 90% mesmo com O <sub>2</sub> suplementar	0

SCORE: **4**

Médico:   
 Assinatura e Carimbo: 

Médico:   
 Assinatura e Carimbo: 

### ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Médico:   
 Assinatura e Carimbo: 

Assinado eletronicamente por: **KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO** - 04/05/2020 14:53:50  
<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414535024800000053405074>  
 Número do documento: 20050414535024800000053405074

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 18:53

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]		Nº: 46381958	02/11/2019 às 18:48
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
Diagnóstico Clínico	S823		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S823		[1]
<b>DADOS DA CIRURGIA</b>			
Data Da Cirurgia	02/11/2019		[1]
Hora Da Cirurgia	18:48		[1]
Cirurgia	TRATAMENTO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL		[1]
Cirurgião	JOAO ROLIM		[1]
Anestesista	JILIELISON		[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB RAQUIANESTESIA PREPARO ORTOPÉDICO DE ROTINA + GARROTE ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA CAMPEAMENTO ESTÉRIL ACESSO POSTEROLATERAL E HEMOSTASIA REDUÇÃO DA FRATURA TIBIAL POSTERIOR COM PLACA DCP 3.5 REDUÇÃO DA FRATURA DA FIBULA NO TORNOZELO COM PLACA DCP 3.5 ENXERTO ÓSSEO ACESSO MEDIAL E HEMOSRASIA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MELEOLO MEDIAL E REPARO LIGAMENTAR DO DELTOIDE IRRIGAÇÃO COM SF SUTURA POR PLANOS E CURATIVO		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30728142 30728126 30727138 30732028 EM MOSSORÓ		[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 10511 - TEST 10291





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 810296 Nº: 46374868 02/11/2019 às 14:47  
[1]

## DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	02/11/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	FRATURAS DE TIBIA	[1]
Cirurgia	14:45	[1]

## ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	CENTRO CIRURGICO	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM.	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	Sim.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.	[1]
Exames Complementares	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não se aplica.	[1]
Tricotomia	Sim.	[1]
Banho Pré-Operatório	Não se aplica.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Refere Alergia		
Se sim, especifique	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]
Paciente Está Em Jejum		
Quanto Tempo	8	[1]

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	Sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	Sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	Sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não se aplica.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.	[1]





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DT. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Kit Cirúrgico Completo Em Sala	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]
<b>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>		
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	Sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita e Esquerda.	[1]
Paciente Certo	Sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	Sim.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]
<b>ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS</b>		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	Sim.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	Sim.	[1]
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	Sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	Sim.	[1]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]
<b>AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO</b>		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	Sim.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	Sim.	[1]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	Sim.	[1]
Preenchimento De Guias E/ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	Sim.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]





**Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200149329**

**Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 19/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JEAN CARLOS DOS SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: JEAN CARLOS DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000001102-9**

**Conta: 000000020258-4**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0806429-28.2020.8.20.5106

AUTOR: JEAN CARLOS DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 4 de maio de 2020.

**DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE**

JUÍZA DE DIREITO

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0806429-28.2020.8.20.5106

AUTOR: JEAN CARLOS DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**



Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 4 de maio de 2020.

**DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE**

JUÍZA DE DIREITO

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)