

## 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, litorânea, portador do RG nº 0014 69 666, e do  
CPF nº 969 621 194-53, residente na  
RUA: Merulano Góes, 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,  
representando 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: Jesus 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 CPC.



DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, Jean Carlos dos Santos, brasileiro, sócio, leitor, com CPF nº 969.631.194-53, residente na Rua Herculano Coito nº 2039, BAIRRO: Bom Jardim, 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 1946

Art. 299 - Omifír, 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) sócio, leitorista, portador do CPF: 969.621.194-53, residente na Rua: Herculano Couto, 2039, Bairro: Bonacor, 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 Lider 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 Juizo 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 clausula "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, a 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), solteiro, leitorista portador do RG nº 001469666, e do CPF 969.621.194-53, residente na Hercílio Luz, 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 convededor 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 2.948 de 07 de Dezembro de 1948

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nela 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.





Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:42  
<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534238300000053405057>  
Número do documento: 20050414534238300000053405057

Num. 55499633 - Pág. 1

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" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

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 predispõem a acidentes pela desatenção.

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 deviços lugares.

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

Habite-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 pode ser necessário de usá-los algum dia.

8

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JEAN CARLOS 003  
SANTOS

Loc. Nasc. MOSSORÓ

Est. RN Data 08/05/74

Filiação JOÃO FERNANDO  
dos SANTOS e RÂMULAS  
ANDRÉA 001 SANTOS

Est. Civil SOLTEIRO Doc. N° 38.220

Ms. 554 Liv. A-61 Reg. Civil. 40 CART.

Outro doc. MOSSORÓ-RN

Situação Militar:

Doc. Nº Órgão Est.

Naturalizado Doc. N° Est. 1

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em:

Doc. Ident. N° Exp. em 1 1

Estado:

Obs.:

Data Emissão 23/07/92 DRT MOSSORÓ

Leônio Alves  
Assessor ao Presidente

Blz. 08416

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Ques. 26.910.746-45  
33.324 Série 00011-241



Polegar Direito



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 para  
.... 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: 

Horácio Marques Alves  
Gest. Juríd. Pessoal

**REPRESENTANTE**



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOS 150 BALDO  
NATAL - RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 25/04/02

Ligações Grátiias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte

ARSEP 0800 127 0187 -Ligações Grátiias de Telefones Fícos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligações Grátiias de Telefones Fícos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

RAIMUNDA ANDRADE DOS  
SANTOS

## ENDEREÇO

RUA HERCULANO COUTO 2039  
-BARROCAS/ÁREA URBANA -59621-060  
MOSSORÓ RN -

## 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

## 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.

8384000000014 323800384006 486530014206 014077934130



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2<sup>ª</sup> 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

Afecto: 2<sup>º</sup> Distrito Policial de Mossoró  
Data/Hora do Fato: 19/10/2019 09:35

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: Avenida Abel Cosinha

Bairro: Abolição  
Nº: 407  
CEP: 59.612-300

Tipo de Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Mel(o)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: Leiturista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Nome do Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 989.621.194-53

RG - Carteira de Identidade: 001469668

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: HERCULANO COUTO

Nº: 2039

Bairro: BARROCAS

CEP: 59.621-080

Telefone: (84) 98886-7714 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Descrição: moto envolvida acidente

CPF/CNPJ do Proprietário: 533.593.803-04

Placa: QGS6FB4

Renavam: 01188292193

Número do Motor: KD08E1K139172

Número do Chassi: 9C2KD0810KR139146

Ano/Modelo: Fabricação: 2019/2019

Cor: VERMELHA

UF: Véhiculo: Rio Grande do Norte

Município Véhiculo: Mossoró

Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD

Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Última Atualização: Denatran: 17/04/2019

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

Página 1 de 2

Impresso por: José José Costa Faustino

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 14/11/2019 15:38

Protocolo nº: Não disponível





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059267/2019

Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Envolvimentos

Nome Envolvido  
JEAN CARLOS DOS SANTOS

Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo o motocicleta acima citado na Avenida Abai 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 Józias Costa Feustino  
Agente de Polícia  
Matrícula 207.328-2

Responsável pelo Atendimento

JEAN CARLOS DOS SANTOS  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (seu nome) responsável pelas informações acima assentadas e que peço que sejam respeitados os direitos e prerrogativas da polícia que prestando assistência ao cidadão que faz uso da internet para a realização da presente declaração em seu nome, conforme previsto na Lei Antigo 329-Diretriz de Políticas e Bem-Estar Cívico da Constituição do Código Penal Brasileiro."

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



Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:44  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534424100000053405064>  
Número do documento: 20050414534424100000053405064

Num. 55499640 - Pág. 2



ente: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
erio: HAPVIDA  
sto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974  
Nº Prescrição: 0024317840  
Leito: 40162

Atendimento: 62878983  
23/05/2019 às 10:21  
Peso: 80,00 kg

Prontuário: 9576012

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

*10:30* : HORÁRIOS

COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

10:00 :

ROFIX \_\_\_\_\_ Ass. \_\_\_\_\_

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

*Flaviano Lúcio de Oliveira  
CNPJ: 14.534.465/0000-05  
E-mail: flaviano@flaviano.com.br*



Nº Prescrição: 0024317840  
Data emissão: 00/00/0000  
Atendimento: 020/00000000  
23/10/2019 às 10:21

110

1 - Pág. 3



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

Núm. 55499641 - Pág. 3

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/10/2019 10:35

Paciente: JEAN CARLOS DÓS 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  
[1]

Nº: 45905427 23/10/2019 às 10:35

## 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: Normotensas, normocárdicas, afebril. Eupneica em ambiente.

Dieta geral com boa aceitação.

CVP periférico 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 72horas, 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]
--------------------------	-----	-----



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012	
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24328263	24/10/2019 as: 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	
NIVEL 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 PÉRPIO E IDENTIFICADO	Mantido			
<b>4 - RENOVAR/ DATAANDO</b>				
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE				
00:00				

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Pontuação: 9579012
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

Mantiver Leito Em Posição Adequada/ Grades L laterais Levantadas	Mantido:
HIGIENE ORAL E CORPORAL	Manhã Tardes Noite

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLÓGISTICOS	Manhã Tardes Noite
RETENÇÃO DE BEXO VENDOSO	

M. Renata P. Gatti  
Enfermeiro  
COTNHE: 624496





PRESCRIÇÃO MÉDICA							HORÁRIOS	
DATA/GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	Fase Única	Vol. Total:	7.00 gts/minAcesso Periférico	11:00	09:00	12:00	15:00	18:00
anoxia								
TERAPÉUTICO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500ml					
EFALOTINA (1.00g D22)	Soro Fisiológico 0,9%	1g	1FRAP (FRAP C 16%)	6:06h	EV	12:00	18:00	
			100ml			25/10 - 06:00		
ETOPROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1FRAP (FRAP C 100%)	8:08h	EV	14:00	21:00	
			100ml				25/10 - 00:00	
PIRONA AMP (500.00mg/ml)		1000mg	2ML (AMPL C 100%)	6:06h	EV	12:00	18:00	
	Água Destilada		18ml			25/10 - 06:00		
AMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C 100%)	8:08h	EV	14:00	21:00	
			100ml				25/10 - 06:00	
AMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2ML (AMPL C 10%)	8:08h	EV	14:00	21:00	
			18ml				25/10 - 06:00	
INDAGEM VESICAL DE ALIVIO								
RELATIVO MEDIO+SF+GAZE								
COLCHOADA								
ENCACO C/ JELCO								
AISS VITais								
O 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS								
IRADA DE DRENO DE								

Nome: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
Nº Prescrição: 0024332656  
Leito: 4016/2

Dt. Nasc.: 08/05/1974  
Atendimento: 62878983  
Nº Prescrição: 0024332656  
Peso: 90,00 kg

Atendimento: 62878983  
Pronutário: 9576012  
Data e hora: 24/10/2019 às 09:48

IP: 192.68.4.101

Emissão: 24/10/2019 09:58

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### HORÁRIOS

10:00 :  
09:00 :

RTOVAC  
RATIVO COM ATADURA E GAZE  
OCHOADA MEDIO  
IMPRESSAO COM ETER

SN

Leito o SMD  
ROFIX  
Ass.

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



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

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

Pontuário: 9576012

S	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
<b>NA. AMP</b>								
ESTILOADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	SCRO FISIOLOGICO 0,9% 800 ML TUBO 50011		
A DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1	XYLOCANA GELEIA 2% BISN 30 GR	5	XYLOCANA GELEIA 2% BISN 30 GR	5	ESCUPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	
ESTILOADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1	LUVA DESC.ESTERIL 14,0 - 1 PA	1	LUVA DESC.ESTERIL 14,0 - 1 PA	1	TORNEIRA OS VIAS - 1 UD	1	
PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	SANTA ASPI TRAUMEAL 12 - 1 UD	1	SANTA ASPI TRAUMEAL 12 - 1 UD	1			
DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2			
70% TORICO FRAS 1000ML	5	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AMPL 10 ML	5	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AMPL 10 ML	5			
100ML HIDROFIL 500 GR	2	LUVA DESC.ESTERIL 14,0 - 1 PA	1	LUVA DESC.ESTERIL 14,0 - 1 PA	1			
<b>ROFENO IV</b>		ATADURA DE CREPOMA 15 CM - 1 UD	1	ATADURA DE CREPOMA 15 CM - 1 UD	1			
100ML HIDROFIL 500 GR	2	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50			
70% TORICO FRAS 1000ML	10	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
1A 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	30	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	30			
100ML HIDROFIL 500 GR	4	GAZE 10X10 ESTERIL PCT CX 50 PA	3	GAZE 10X10 ESTERIL PCT CX 50 PA	3			
100ML HIDROFIL 500 GR	4	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	LUVA DESC.ESTERIL 14,0 - 1 PA	1	LUVA DESC.ESTERIL 14,0 - 1 PA	1			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	SCRO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML TUBO 1000	1	SCRO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML TUBO 1000	1			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	TRANSOFIX - 1 UD	1	TRANSOFIX - 1 UD	1			
100ML HIDROFIL 500 GR	3	<b>Curativo Com Atadura E Gaze Acolchada Medi</b>		<b>Curativo Com Atadura E Gaze Acolchada Medi</b>				
100ML HIDROFIL 500 GR	3	GAZE ACOLCHADA 10X30 PCT 30 CM	2	GAZE ACOLCHADA 10X30 PCT 30 CM	2			
100ML HIDROFIL 500 GR	3	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2			
<b>CEFALOTINA</b>								
100ML HIDROFIL 500 GR	1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML TUBO 1000	2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML TUBO 1000	2			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	SERINA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	SERINA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	ALCOOL 70% TORICO FRAS 1000 ML	20	ALCOOL 70% TORICO FRAS 1000 ML	20			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	ESQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2	ESQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	KELFIM FRAP 1 UD	2	KELFIM FRAP 1 UD	2			
100ML HIDROFIL 500 GR	1	ALGODAO HIDROFIL 500 GR	8	ALGODAO HIDROFIL 500 GR	8			

## 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	as 08:56

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

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

- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB's, EM REPOUSO NO LEITO.
- BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL.
- AVP EM MSE FUNCIONANTE PI 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
- SEGUO SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE,

## GERENCIAMENTO DE RISCO

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

Erica Pinheiro  
COREN 457309 - ENF

## AVALIAÇÃO DE RISCO

## Flebite

Sim

[1]

## Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

## Queda Adulto (Morse)

MÉDIO RISCO.

[1]

## DISPOSITIVOS

## Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9578012
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

Mantener Leito Em Posição Adequada/ Grades	Mantido:
Lateralis Levantadas	

**2 - CONFORTO PREJUDICADO**

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mantido:
---------------------------------	----------



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62678983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24343186	25/10/2019 às 00:12	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: IRIS ROQUE DE PAIVA (COREN 525824)			
<b>1 - OBSERVAR</b>			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Mantido		
<b>2 - REALIZAR/REGISTRANDO</b>			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Mantido		

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

1. DIETA: GERAL-ADULTO (PARA A IDADE)	2. Hidratação Venosa	Fase I (ice)	Vol. Total	500 ml	Atendimento: 62678983
	SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	mKcalida	500 ml	Precontábil: 9516012
3. CEFALOTINA (1,00g)	Soro Fisiológico 0,9%	19	1FRAP	(FRAP C) 1GR	Peso: 80,00 kg
	Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	1FRAP	(FRAP C) 100MG	
4. CETOPROFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	100 ml	66h EV	
5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)	Agua Destilada	1000mg	2ML	(AMPL C 500MG)	
	Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2ML	(AMPL C 100MG)	CRM-8260
6. TRAMADOL (50,00mg/ml)	Aqua Destilada	100 mg	18 ml	66h EV	CRM-8260
	Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	100 ml		
7. PLAMET (5,00mg/ml)	Aqua Destilada	10mg	2ML	(AMPL C 10MG)	CRM-8260
	Soro Fisiológico 0,9%	10 mg	18 ml	88h EV	
8. SONIDAGEM VESICAL DE ALIMPO				5h	
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA					CRM-8260
10. PUNCÃO C/ JEÇO					CRM-8260
1. SIMAIS VITais					CRM-8260
2. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					CRM-8260
3. RETIRADA DE DRENO DE PORTOWAC					CRM-8260
4. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					CRM-8260
5. COMPRESSÃO COM ETER					CRM-8260
6. ALTA em: 25/10/2019					CRM-8260
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUERA					
Assinatura: CRM-8260	RAFAEL BEZERRIL NOGUERA				

  
Dr. Rafael Bezerril Nogueira  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-8260

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	De. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878883
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24345969	Prentuário: 9576012
Posto: POSTO 46 - HAPFOR	Lote: 40162	Peso: 80,00 kg
1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	33h ORAL	CRM-8260
2. Hidratação Venosa	Fase Urte	Vol. Total: 500 ml
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20,03	nitraldida 500 ml
3. CEFALOTINA (1,00g) (0,12)	Soro Fisiológico 0,9%	1g 1FRAP (FRAP C 1GR)
4. CETOPROFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg 1FRAP (FRAP C 100MG)
SORO FISIOLOGICO 0,9%	1000mg	1FRAP (FRAP C 1000MG)
5. DIPRORNA AMP (500,00mg/ml)	Agua Destilada	2ML (AMPL C 500MG) 16 ml
6. TRAMADOL (50,00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg 2ML (AMPL C 100MG) 100 ml
7. PLANET (5,00mg/ml)	Aqua Destilada	10mg 2ML (AMPL C 10MG) 18 ml
8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALUMO		EV
9. CURATIVO MEDIO+SE+GAZE ACOCHOADA		SN
10. PUNCAO C/ JELCO		
1. SINAS VITais		CRM-8260
2. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		CRM-8260
3. RETIRADA DE DRENOS DE PORTOVAC		CRM-8260
4. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO		CRM-8260
5. COMPRESSAO COM ETER		CRM-8260
Profissional: CRM-8260	RAFAEL BEZERRIL NOGUERA	

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

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 09:14

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62B78983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR		Leito: 4016/2
Profissional(is): FRANCISCA JOSIANE PACOAL MARTINS, ENFERMEIRO(A), COREN 548507 [1]		Nº: 45997875	25/10/2019 09:14

## 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.

- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NIH'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 FD, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. FIXADOR EXTERNO MID.
- DIURESE ESPONTANEA, EVACUAÇÕES PRESENTE
- SEGUO 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: Inspecionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV. Reiniciar 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 22:12

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): MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES, ENFERMEIRO(A), COREN 454496 [1]	Nº: 46031842	25/10/2019	as 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]
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB'S, EM REPOUSO NO LEITO.</li> <li>- BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL.</li> <li>- AVP EM MSE FUNCIONANTE.</li> <li>- TORAX SIMETRICO</li> <li>- ABDOMEN PLANO, E INDOLOR A PALPAÇÃO.</li> <li>- MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE, FIXADOR EXTERNO MID.</li> <li>- DIURESE ESPONTANEA, EVACUAÇÕES PRESENTE</li> </ul> <p>OBS: PACIENTE SEGUE DE ALTA MÉDICA, AGUARDANDO REMOÇÃO PARA MOSSORÓ, PREVISÃO DE CHEGADA DE AMBULANCIA E POR VOLTA DE 01HS, GESTORA ALESSANDRA CIENTE,</p> <p>- SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.</p>	

## #GERENCIAMENTO DE RISCO:

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

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

## AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
<b>DISPOSITIVOS</b>		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

M. Renata N. Pontes  
Enfermeira  
COREN/CE: 454.496



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - 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 PERNAS 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-MG 15346



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

Num. 55499642 - Pág. 8

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 08:2

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Alendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM-B260 [1]		Nº: 45794936	21/10/2019 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 SÍNTSESE DEFINITIVA PLEO LINFEDEMA GRAVE CONDUTA - VPM	[1]
CID 10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]

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



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

Num. 55499642 - Pág. 9

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Marc.: 08/05/1974

Atendimento: 02818981

Prontuário: 9515072

Câncer: HAPFOR

Dt. Marc.: 08/05/1974

Leito: 4016/2

Profissionalizado: RIVAIL BEZERRA NOGUEIRA, MEDICO. CRM-RN 011

Prontuário: 45041148

Nº. 45041148

REGISTROS, MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Exame de Paciente

Dt. Marc.: 08/05/1974

Atendimento: 02818981

SOLICITADO: 08/05/2019

Leito: 4016/2

SOLICITADO: 08/05/2019

Nº. 45041148

Prontuário: 9515072

CID 10

CID 10

Dt. Marc.: 08/05/1974

Atendimento: 02818981

SOLICITADO: 08/05/2019

Leito: 4016/2

SOLICITADO: 08/05/2019

Nº. 45041148

Prontuário: 9515072

2 PDS OP DE FRATURA DE PULO TRÍAL COM FRACO EXTERNO  
 EVOLUCA ESTÁVEL MAS AINDA SEM CONDIÇÕES DE SAIR SE  
 DEFIM TRA HEMO UNIFOCAL GRAVE. SOLICITADO PLANO DE TRA  
 TRAL CONDUITA - SE NEDUAR AMARRA FRANÇOIS A SÍNTESE OFENSA  
 TÁRDEA

CID 10

Dt. Marc.: 08/05/1974

Atendimento: 02818981

983 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TRÍAL  
 DR. RALF GORETTI NOGUEIRA  
 DR. RALF GORETTI / TRAUMATOLOGIA  
 ORTOPEDICO / 6160  
 ORTOPEDICO / 6160



## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DL-NASC.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Ponto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RÂMOS DE LIMA, MECI	CRM 14108 [1]	Nº: 45904495	23/10/2019 às 10:19

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

## Evolução Do Paciente

3 FO 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

C/0) REAVALIAR PARA ABORDAGEM DEFINITIVA NA QUINTA OU  
SEXTA PELA MANHÃ

CID 10

S023 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA



Tácito Yuri Melo  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 14108 - TEC 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 HOJECD: REAVALIAR PARA ABORDAGEM DEFINITIVA NA SEXTA PELA  
MANHÃ

## CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

  
Dr. Saulo Lacerda  
CREMEC: 14255  
TEOT: 15.369

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 13:47

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 8260 [1]

Nº: 46012063 25/10/2019 às 13:47

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

sem condições de fazer a cirurgia pelo inchaço  
programado com dia 02/11 em Mossoró

[1]

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

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



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:47

Num. 55499643 - Pág. 2

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534630000000053405067>

Número do documento: 20050414534630000000053405067

RF - Horário: 08:00h / Data: 04/05/2019

1.000.000

0.000

0.000

0.000

0.000

1.000.000

0.000

0.000

0.000

0.000

1.000.000

0.000

0.000

0.000

0.000



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:47  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534630000000053405067>  
Número do documento: 20050414534630000000053405067



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

Nome: Jean Carlos dos Santos  
Data Nascimento: 07/05/1974  
Atendimento: 62673953

**Médico:** Dra:

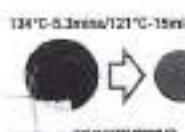
**Procedimento:** Exodon externa

**Técnicos de sala:** Silvana + Paula

**Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim ( ) Não (X)**

**OBS:** Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA
<u>Plástica</u>	<u>19.10.2019</u>	<u>0709</u>	<u>303</u>	<u>Ar.</u>
<u>Vesical</u>	<u>20.10.2019</u>	<u>0756</u>	<u>34412</u>	<u>-</u>



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

**INTEGRADORES**



**PACIENTE**





ANTONIO  
PRUDENTE

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 21/10/14  
Nº PRONTUÁRIO: 62.828493

NOME COMPLETO: Antônio Prudente Scavino DATA NASC: 08/05/74 IDADE: 45  
CIRURGIA REALIZADA: Extrato de estômago CIRURGIA: Dr. D. C. S.

HORA: 06:10 PESO: \_\_\_\_\_ SEXO: ( M ) F  
HORA DA ENTRADA NA RPA: 06:10

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (l/min)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dl)	SPO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
07:10	130/74	65	18	35 °C	–	93	0	Normal
08:15	128/64	60	18	35,2 °C	–	93	0	Normal
09:30	110/16	65	18	35,6 °C	–	93	0	Normal
09:55	104/65	60	18	36	–	93	0	Normal
09:10	115/61	65	18	36	–	93	0	Normal
09:40	124/70	80	18	36	–	93	0	Normal
06:10	110/65	60	18	36	–	93	0	Normal

### ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK

Movimenta os quatro membros 2  
Movimento dos membros 1  
Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando 0  
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente 2  
Apresenta disfadia ou limitação da respiração 0  
Têm apneia 0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK	HORA	7:45	8:15	9:15	10:15	11:15	12:15
CONSCIÊNCIA	1	3	2	2	2	2	2
ATIVIDADE	1	1	1	1	1	1	1
RESPIRAÇÃO	2	3	2	2	2	2	2
CIRCULAÇÃO	2	2	2	2	2	2	2
SPO2	2	2	2	2	2	2	2
TOTAL	3	1	10	10	10	10	10

Respiração  
PA em 20% do nível pré-anestésico  
Circulação  
PA em 20-49% do nível anestésico  
PA em 50% do nível pré-anestésico  
Está lucido e orientado no tempo e espaço  
Consciência  
Despertar se solicitado  
Não responde  
E capaz de manter saturação de O2 maior que 92%  
respirando em ar ambiente  
Saturação de O2  
Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com

### OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO DA ATA DA RPA: 21/10/14  
MÉDICO: Dra. Kelly Marques Medicina Internista  
ENFERMEIRO(A): Flávia

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:47 https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534630000000053405067 Número do documento: 20050414534630000000053405067
--



Hospital	Antônio Prudente		
Nome do paciente	Isam Carlos dos Santos		
Data de nascimento	08/03/94		
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Karriane (tia)		
Procedimento a ser realizado	Fratura tibia		

## 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		
Adomos/próteses	X		
Cirurgias anteriores	X		
Identificação com pulseira	X		MSV

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Espereifique 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. Espereifique 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

Isam Carlos dos Santos

Karriane Matos  
Téc. Enfermagem  
COREN 641172

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário



Nome completo: JUAN CARLOS ALIO SANTIData de nascimento: 06/05/74 Número do registro hospitalar:

## TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 04/10/19 Hora: \_\_\_\_\_ Unidade de origem: E.P.D. Unidade de destino: 10 (4016)  
 Responsável pelo transporte:  Técnico de Enfermagem  Enfermeiro  Médico  Fisioterapeuta

## SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Outra OperaçãoDiagnósticos: Fract. FrácticaSinais Vitais: PA: 123/68 mmHgFC: 60 bpmFR: SpO2: 99%rpm: T: SG: CSpO2: 99% Escala de dor:

Medicamentos em uso:

Riscos gerenciados:	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Flebite	<input type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> ICP	<input type="checkbox"/> Síndrome	<input type="checkbox"/> Outros:
Protocolos gerenciados:	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Gose	<input type="checkbox"/> Dior terápica	<input type="checkbox"/> Outros:		
Suprimento de oxigênio:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Cateter	<input type="checkbox"/> l/min	<input type="checkbox"/> Nebulização	<input type="checkbox"/> l/min
Acessos vasculares:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Portacath
Sondas, drenos, cateteras:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?			
Outros dispositivos:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Qual?			
Lesão de pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Local:			Estado:
Curativos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual produto?			
Precaução:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Contato	<input type="checkbox"/> Aerossol	<input type="checkbox"/> Gotejamento	
Monitorização:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?			
Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Somolento	<input type="checkbox"/> Somatotípico		
Locomoção:	<input type="checkbox"/> Desambula sem auxílio	<input type="checkbox"/> Desambula com auxílio	<input type="checkbox"/> Acamado			
Transporte utilizado:	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input checked="" type="checkbox"/> Maca	<input type="checkbox"/> Incubadora de transporte			

## BREVE HISTÓRICO

<b>B</b>	Antecedentes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> PADC	<input type="checkbox"/> Outros
	Alergas:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?				
	Procedimentos realizados:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?				
	Valores, críticas, barreiras:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?				

Data: 04/10/19

## AVALIAÇÃO

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

*7/10/19*

## RECOMENDAÇÕES

**R**  Não  Sim Qualify

Recomendações especiais e pendências:

Exames Pendentes:

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_ Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_ Unidade de Destino: \_\_\_\_\_

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

Foi realizado o exame:  Não  SimPaciente apresentou intercorrência durante o exame:  Não  Sim Qual:Condução imediata:  Não  Sim Qual:Foi encaminhado peças para anatoma patológica (biópsia)?:  Não  SimSinais Vitais: PA: mmHg FC: bpm FR:  T: 

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_ Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_ Unidade de Destino: \_\_\_\_\_



ANTONIO  
PRUDÊNCIA

#### ESCALA DE AVAILABILIDADE DE RISCO PARA QUEDAS

#### Data de Revisão

19.04.2018

DATA DA ELABORAÇÃO:

22/02/2017

Nome do paciente:

### NEVE DE P NEVE DE PROPTUÁRIO

1210

Código:

ESTRUTURA DE GESTÃO DA DUAHIDADE

Página

100

## Estado de Nascimento

DK. 65 1694

Bata de admissão

Data de abertura:

Itens	Escala Avaliados	Pontos	Respostas	Estado do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	
		4	Sim	
		1	Sem doenças Crônicas	
		2	Doenças Crônicas	
B	Condições de Risco	2	Doença - particular	
		2	Uso de medicamentos	
		1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de execuções	
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de execuções	
C	Estado de consciência e orientação	2	Orientado/ Parcialmente comprometido em suas execuções de consciência	
		4	Orientado/ Parcialmente comprometido em suas execuções de consciência	
		1	Alerta e calmo	
D	Estado psico-cognitivo	2	Desorientado	
		3	Amnésia	
		4	Agravado psicomotor	
		1	Sem comprometimento mental intelectual	
E	Comportamento social	2	Atende a rotina	
		3	Retirada social	
		4	Retirada social intensa	
		1	Independente e sem fator de risco	
		2	Atividades	
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1	Locomóvel e se apoia com auxílio	
		2	Locomóvel e se apoia com cadeiras de rodas	
		3	Locomóvel com ajuda de apoios de marcha	
		4	Locomóvel e se apoia no mobiliário	
G	Atividades de alimentação	1	Não	
		4	Sim	

~~Jefferson F. Carneiro~~

Digitized by srujanika@gmail.com

02-09

— A estratégia de combate ao vírus é voltada para a prevenção de queimaduras.

SEM RISCO / RISCO BAIXO

1000

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Aspetos neurológicos cerebrais previo	Neurotoxicidade
Antiarritmicos	Hipotensão postural	Histoplasmoses
Anti-histamínicos	Tosse	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Sincope	Tuberculose
Baixeiros	Dor intensa	Malaria
Laxativos	Banco (fluxo de massa) corporal	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Acidez	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (Ex: hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Recomendação (uso de 4 ou mais medicamentos)		

2013/Anexo 819 - Documento de Prevenção de Danos



Nome completo:

Aline Rezende das Silveira

Data de nascimento:

20/10/19

Número do registro hos...

## TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 20/10/19 Horá: \_\_\_\_\_ Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Unidade de destino: \_\_\_\_\_

Responsável pelo transporte:  Técnico de Enfermagem  Enfermeiro  Médico  Fisioterapeuta

## SITUAÇÃO

Motivo da transferência:	Transferência de Unidade de Cuidados Intensivos							
Diagnóstico(s):								
Sinais Vitais: PA mmHg	FC bpm	FR:	rpm:	T:	IC:			
SpO2 %	Escore de dor:							
Medicamentos em uso								
Riscos gerenciados	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> ITEV	<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:				
Suprimento de oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Cateter	l/min	<input type="checkbox"/> Nebulização	l/min	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica	
Acessos vasculares	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> ECP	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Portacath	<input type="checkbox"/> Outros	
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:	Estágios:				
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"/> Aerossol	<input type="checkbox"/> Gotículas			
Monitorização	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?					
Nível de consciência	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input checked="" type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Comatoso				
Locomoção	<input checked="" 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	Antecedentes	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> IPOPC	<input type="checkbox"/> Outros	
	Alergias	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual(s)?					
	Procedimentos realizados	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual(s)?	Data: _____				
	Valores, crenças, barreiras	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual(s)?					

## AVALIAÇÃO

A	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	

## RECOMENDAÇÕES

R	Recomendações especiais e pendências	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?:
	Exames Pendentes:			

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem: *Jefferson F. Carneiro* / Data: *20/10/19* / Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino:

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

Foi realizado o exame: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual:
Condução imediata: <input type="checkbox"/> Não <input 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 FR: rpm T: °C

## 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  
 Professional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772349 20/10/2019 as 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

Setor 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

20/10/2019

Data Da Cirurgia

À DEFINIR

Hora Da Cirurgia

FRATURA DE TIBIA DIREITA

Cirurgia

## ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

EMG CIRURGICA

Setor De Admissão Do Paciente

Sim.

Identidade Do Paciente

Sim. LAB + RX + TC + ECG.

mes Complementares

Sim.

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

sim.

Identificação Do Paciente

sim.

Opme Checado Em Sala Cirurgica

Não.

Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica

Não.

...rgias Do Paciente São Conhecidas

Não.

Medicações Anestésicas Checadas 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 Cirúrgico 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  
envolvimento: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

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.

Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos

sim.

Checagem Completa Das Medicações 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.

## ACABAMENTO 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

sim.

Especificar

sim



## REGULAÇÃO

**TIPO DE REMOÇÃO:** Remoção simples

**PACIENTE:** JEAN CARLOS DOS SANTOS      **DN:** 08/05/1974 45 ANOS  
**CÓD:** B5202000115002016    **DIAS DE CARENCIA:** 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**  
Ilnahra Uchôa - cliente

**DIREÇÃO MEDICA :** HRF  
Dr: Narciso 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

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**  
Ilmára Uchôa - ciente

**DIREÇÃO MEDICA : HRF**  
Dr. Narciso Bessa – ciente

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

**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  
Aliana Carla Fernandes Gurgel  
Coren/RN 481275  
Enfermeira



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

### 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. Denizo Junior de Holanda  
CRF 3217/FH

Folha: 2 de

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.



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:48  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534742900000053405068>  
 Número do documento: 20050414534742900000053405068

Num. 55499644 - Pág. 4

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

101,0 mg/dL

### 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 (GJI). -Glicemia de jejum acima de 125 mg/dL: Critério para diagnóstico da Diabetes mellitus. -Recomendações da American Diabetes Association (2004).

29 mg/dL

### URÉIA

Método : Urease Modificado

V.R. : 10 a 50 mg/dL

0,81 mg/dL

### CREATININA

Material : Soro

Método : Cinético Colorimétrico

V.R. : 0,70 - 1,20 mg/dL

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

### Estimativa Ritmo da Filtração Glomerular

V.R. : Valor Desejável/Recomendado: Estimativa RPG:

Maior que 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

  
Dr. Denato Junior de Holanda

CRF 9217/RN

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

Folha



paciente  
**JEAN CARLOS DOS SANTOS**

Jéduca  
ANDRÉ PEREIRA PAIVA MOURA

Convenio  
**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 \*\*\*

## Eritrogramma

Hemácias em milhões:  
 Hemoglobina .....;  
 Hematócrito .....;  
 VCM .....;  
 HCM .....;  
 CRHM .....;  
 RDW .....

4,27 v<sup>c</sup>  
13,4 g/dL  
38,3 g/dL  
89,69 fL  
31,38 pg  
34,98 g/dL  
15,0 %

Valores de Referência	
Homens	Mulheres
1 - 6,5	4,0 - 5,6
5 - 18,0	11,5 - 16,0
0 - 54,0	36,0 - 47,0
	82,0 - 93,0
	27,0 - 32,0
	32,0 - 36,0
	12,0 - 16,0

## Leucogramma

Leucócitos .....	1
Neutrófilos .....	1
Bastões .....	1
Segmentados .....	1
Eosinófilos .....	1
Linfócitos .....	1
Monócitos .....	1
plaquetas .....	1

8.184 /mm<sup>3</sup>  
0 /mm<sup>3</sup>  
8.184 /mm<sup>3</sup>  
93 /mm<sup>3</sup>  
744 /mm<sup>3</sup>  
279 /mm<sup>3</sup>  
278.000 /mm<sup>3</sup>

Valores de Referencia		
	4.000	- 11.000
54 - 62	2.700	- 5.200
3 - 5	150	- 500
54 - 62	2.700	- 6.200
2 - 5	100	- 500
20 - 35	1.000	- 3.500
3 - 8	150	- 800
150.000	- 450.000	

Dr. Donato Junior de Holanda  
CCC 2717/811

Os valores dos testes de laboratório sofram 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.



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS (45 a 5 m 11 d)  
Nascimento: 08/05/1974 Natural: MOSSORÓ-BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 709808087653492 CPF: 96962119453 Prof: PAI: JOAO FERNANDES DOS SANTOS  
Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039 Cidade: MOSSORÓ  
Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039 Bairro: BARROCAS Compl:  
CEP: 59621060 Telefone: 84 988446956

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO  
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO  
\*Empresa:

OBS: SAMU.

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	Classificação:		PESO:
							18/10/2019 10:12:48	TEMP.	
	110 80		99		16				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos, queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO

Horário: 10:25

Paciente, 45 anos, de queijo de ventre, sentado. Estava com os pés desprendidos do banco de moto e deformidade em A, B, C, D em E - D. Deambulava com dificuldade de moto, trocava colete, e queixas de dor no tornozelo. Aferentava 100/45 mmHg.

Diagn. Inicial:

PREScrição:

	VIA	HORÁRIO	ASSINT
1) Solutio Riso x de tornozelo D.			
2) Solutio Riso x de ombro (end. Reabilitação)			
3) Ativ de turg (end. Reabilitação)			
4) Dioréia 2ml + 8ml, EV (Agua)		10:45	10:45
5) SFL 500ml, EV.		10:45	10:45

Rommel Vieira Alves  
CIRURGIA DE ORTOPÉDIA E PESCOÇO  
CIRURGIA GERAL  
CRM/RN 6302

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 587.1 Proc 0408050497 Data: 19.10.2019 Médico:

\*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019

Dr. Igo Wabasko M-96 Assinado  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/RN 6429



ft Ortoped.  
Rs fo 16 anos<sup>6</sup> mto's  
On as 56 car sinquer  
pl proced estanca

Dr. Igo Waleško M. da OM  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CNPJ/RN 6429



## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Jean Carlos dos Sontes

ou

a seguinte alternativa anestésica:

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as tóxicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. 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, é 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 medicamentosos 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 daquelas inicialmente propostas.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, enteógenos, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado(a) também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

## PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

20 de Outubro

de 20

19

Hora:

Assinatura:

Nome legível:

CPF:

Grau de parentesco do responsável:

## TESTEMUNHA

Assinatura:

Nome legível:

## PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

 Marceli Casali  
 Médica Anestesiologista  
 CRM/CREMEC 11280

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



## FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Paciente:	YURI RESENDE SANTOS
Passagem:	
Prontuário:	45

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOI
65						sólidos 8h	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
						líquidos 5h	Criança 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PRÉ-ANESTÉSICA

paciente: YURI RESENDE SANTOS

Cardio-circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Câncer	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Exame Físico
Tolerância ao exercício	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia	Cardíaco
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Outras		Rasp
<input type="checkbox"/> Coronariopatia	<input type="checkbox"/> Angioplastia			Neuro
<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> COPD			Regional
<input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca	<input type="checkbox"/> CAA			Outro
<input type="checkbox"/> Outras				
Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Infecciosa	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Laboratório
<input type="checkbox"/> Dependência O.	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> HIV		Hb
<input type="checkbox"/> Bronquite de sono	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Outras		Ht
<input type="checkbox"/> DIVAS recente	<input type="checkbox"/> DPOC			Na
<input type="checkbox"/> Expectoração				E
<input type="checkbox"/> Outras				Pleurecas
Gastrointestinal/hepático	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Glicose
<input type="checkbox"/> Rit. Gastro-esofágico	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Idade gestacional	<input type="checkbox"/> Semana	
<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Hecatite	<input type="checkbox"/> Idade pós-concepcional	<input type="checkbox"/> Semana	
<input type="checkbox"/> Dármato/ diarreia	<input type="checkbox"/> Cirrose	<input type="checkbox"/> Idade gestacional atual		
<input type="checkbox"/> Hérnia de hiato				
<input type="checkbox"/> Obstr. intestinal				
<input type="checkbox"/> Outras				
Neuroológico	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Hábitos Sociais	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Via aérea
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Cigarros/dia	História de via aérea difícil
<input type="checkbox"/> Dormência/ frequente	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Drogas	
<input type="checkbox"/> Lesão medular	<input type="checkbox"/> EPIC	<input type="checkbox"/> Outras		
<input type="checkbox"/> Outras				
Renal	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Alergias	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Outras
<input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Dialise	<input type="checkbox"/> Agente	<input type="checkbox"/> Reação	
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal		<input type="checkbox"/> Agente	<input type="checkbox"/> Reação	
<input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Agente	<input type="checkbox"/> Reação	
Hematológico	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Cirurgia/anestesia prévia	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	
<input type="checkbox"/> Transfusão prévia	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Anestesia	
<input type="checkbox"/> Plaquetopenia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Dados relevantes		
<input type="checkbox"/> Outras				
Músculo esquelético	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Histórico de náuseas/vômitos na pós-operatório	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	
<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Musculoesclerose				
<input type="checkbox"/> Outras				
Endócrino	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Histórico familiar - problemas com anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Patologia da tireoide				
<input type="checkbox"/> Outras				

Comentários sobre os achados

Intolerância a medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Intolerância a anestésicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Marcelo Casali  
Médico Anestesiologista  
CREMEC 11280

28/03/19

Intolerância a medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Intolerância a anestésicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não



## PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62876983

Prontuário: 9578012

Instituição: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Médico(s): 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: 45772438 20/10/2019 às 14:43

## PACIENTE

20/10/2019

Data De Admissão

## RÉ-OPERATÓRIO

Emergência.

Tipo De Cirurgia

20/10/2019

Data Da Cirurgia

FRATURA DE TIBIA DIREITA

Procedimento Cirúrgico Proposto

MSD.

Pulseira De Identificação

NEGA

Morbilidades

NÃO TOMA.

Nome, dosagem, frequência

NEGA

Alergia- Descrição

Não.

Tabagista

Sim.

Etilista

NEGA.

Internações Anteriores

Cooperativa.

Avaliação Das Condições Emocionais

Cirurgia.

Orientações Ao Paciente

Não.

Reserva de Hemoderivados

Sim

Reserva de Hemoderivados

Sim

Higienização

Sim

dormos, Esmaltes E Maquiagem

Sim

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Sim.

Jejum

Sim

Conservado

Sim

CONFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

20/10/2019

Data

14:46

Hora

01

INTRA-OPERATÓRIO

TEC. KATIANE

Responsável Pelo Recebimento

03:00HS

Hora

01

Sala

INTREGA

Condições Da Pele ao Início da cirurgia

03:10MIN

Início Da Anestesia

04:00HS

Término Da Anestesia

03:10MIN

Interc. Da Cirurgia

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

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050414534742900000053405068

Número do documento: 20050414534742900000053405068

Num. 55499644 - Pág. 11

## PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS  
Plano: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

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]
Número Inicial De Compressas	10 UD	[2]
Número 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 Desgermante	Sim	[2]
Grau De Contaminação	Limpa.	[2]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[2]

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data: 21.10.2019  
Hora: 03:30MIN

## 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, SEGUIM EN CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[2]
Eletrodos	TORAX	[1]
Incisão Cirúrgica	SIM	[1]
Punções Venosas	MSD	[1]

## 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 CIRÚRGICO - 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

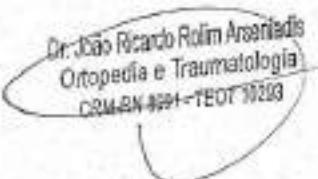
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	20/10/2019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA DIREITA	[1]
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NÃO TOMA.	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Sim.	[1]
Internações Anteriores	NEGA	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
Reserva de Hemoderivados		
Higienização	Sim.	[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim.	[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO		
Jejum	Sim.	[1]
Conservado	Sim	[1]
APORTO		
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	20/10/2019	[1]
Hora	14:46	[1]
INTRA-OPERATÓRIO		
PÓS-OPERATÓRIO		


  
Jefferson E. Carneiro  
COREN 519637-ENF


1-Registro ANS: 305252	3-Data de Autorização: 03/07/2019	4-Protocolo: 03737940	5-Validade da Carteira		
6-Dados do Beneficiário 7-Número da Carteira: 8520120001152002		8-Plano: NOSSO PLANO XEI - 700370996			
9-Dados do Contratado Solicitante 10-Número da Operadora/CNPJ/CPF: 12361267009140		11-Número da Carteira Nacional de Serviço			
12-Nome do Profissional Solicitante: JOÃO RICARDO ROLIM ARSENADIS		13-Número do Contratado: ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	14-Código CNES		
15-Código da Operadora/CNPJ/CPF: 12361267009140		16-Conselho Profissional: CRM	17-Número do Conselho: 10511		
18-Centro de Internação: IEI E-Itaú U-Urgância		19-UF: GS	20-Código CNES		
21-Regime de Internação: 1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar		22-Tipo de Internação: 1-1-Clinico 2-Obstétrica 3-Obstétrica 4-Pediatr. 5-Psiquiatr.			
23-Indicação Clínica:		24-Data: 03/07/2019			
25-Dados Diagnósticos: 26-Tipo Doença: 1-A-Aguda 2-Cronica					
27-30-CID 10 Principal: 5623		28-Tempo de Duração: Referido pelo Paciente: 1-A-Anos 2-Meses 3-Dias	29-Indicação de Acidente: 1-0-Accidente vs doença relacionada ao Trabalho 2-Trânsito 3-Outros		
31-32-CID 10 (2):		33-CID 10 (3):	34-CID 10 (4):		
35-Procedimentos Solicitados: 36-Tabela: 37-Código do Procedimento: 38-Descrição do Procedimento: 39-Ordem Série: 40-Ordem Autor.					
01	3004	30732028	ENDERTO OSSEO	1	1
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
41-OPM Solicitados: 42-Tabela: 43-Código da OPM: 44-Descrição da OPM: 45-Ordem: 46-Fabricante: 47-Valor Unitário: R\$					
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
48-Dados de Autorização: 49-Data Prevista da Admissão Hospitalar:		50-Ordem: Diárias Autorizadas: 1	51-Tipo de Acomodação Autorizada: ENFERMARIA	52-Código CNES	
53-Código da Operadora/CNPJ: 12361267009140		54-Nome do Prestador Autorizado: ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN			
55-Observação: Vinculada a guia nº 40068070					
56-Data a Assinatura do Médico Solicitante:		57-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 03/07/2019	58-Data e Assinatura do Responsável para Autorização:		

Dr. João Ricardo Rolim Arsenadis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 1091 - FEOT 1033

Jean Carlos dos Santos

1-Registro ANS 368253	3-Data da Autorização 30/10/2019	4-Serena D9735411	5-Data de Validade da Senha 29/12/2019	6-Data de Emissão da Guia 02/11/2019
Dados do Beneficiário				
7-Número da Garantia 00020000150002	8-Plano HOSPITAL PLANO XII - 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 Operadora/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 ARSENALDIS		16-Conselho Profissional CRM	17-Número do Conselho 10511	18-UF-CE
Dados do Contratado Solicitante / Dados de Internação				
20-Código de Operadora/CNPJ/CPP 12361267009140	21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	22-Tipo de Internação 1-Clinico 2-Diagnóstico 3-Obstétrica 4-Pediatr. 5-Psiquiátrica		
23-Cartão de Internação: ID-Eletivo: U-Urgência		24-Regime de Internação: 1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar		
25-Qtd. Diárias Solicitadas 1				
26-Indicação Clínica				
Hipóteses Diagnósticas				
27-Tipo Doença 1-Aguda 2-Cronica	28-Tempo da Doença Referida pelo Paciente 1-Mês 2-Anos 3-Mes 4-Dias	29-Indicação de Acidente 1-0-Accidente ou doença relacionada ao Trabalho 2-Trânsito 3-Gestos	30-CID 10 Principal S00	
31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)	33-CID 10 (4)		
Procedimentos Solicitados				
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOCOLO - TRATAMENT	37-Qtd. Série	38-Qtd. Austr.
01	2004	39728142	1	1
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
OPM Solicitados				
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição do OPM	42-Qtd.	43-Fabricante
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-Qtd. Diárias Autorizadas 1	47-Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA	
48-Código de Operadora/CNPJ 12361267009140	49-Nome do Profissional Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	50-Código CNES		
51-Observação Vinculada a guia nº 40068070				
				
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 02/11/2019			54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Jean Carlos dos Santos



1-Registro ANS 366253	2-Data da Autorização 30/10/2019	4-Senha 037375640	5-Data da Validade da Senha 22/12/2019	6-Data de Emissão da Guia 03/11/2019			
Dados do Beneficiário		7-Número da Carteira BS202000118002		8-Pano N0050 PLANO 301 - 700070996	9-Validade da Carteira		
10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS					11-Número da Carteira Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Beneficente		12-Código da Operadora/CNPJ/CPP 12361267009140			13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	14-Código CNES	
15-Nome do Profissional Sócio-Técnico JOAO RICARDO ROLIM ARSENALDES		16-Conselho Profissional CRM		17-Número do Conselho 10511	18-UF CE	19-Código CRM	
Dados do Contratado Sócio-Técnico / Dados de Internação		20-Código da Operadora/CNPJ/CPP 12361267009140			21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	22-Código de Internação IEI E-Belive U-Urgância	23-Tipo de Internação I-1-Clinico 2-Gárgico 3-Obstétrico 4-Pediátrica 5-Psiquiátrico
24-Regime de Internação 1-1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar						25-Qtd. Días Sócio-Técnico	1
26-Indicação Clínica							
Hipóteses Diagnósticas							
27-Tipo Doença A-Aguda C-Crônica	28-Tempo da Doença Referida pelo Paciente A-Anos M-Meses D-Dias	29-Indicação de Acidente I-0-Accidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros					
30-CID 10 Principal 5833	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)			33-CID 10 (4)		
Procedimentos Sócio-Técnicos							
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento			37-Qtd. Sócio	38-Qtd. Aus.	
01	2004	FRACTURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DECOLAM)			1	1	
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
Dados da Autorização							
40-Data Prevista da Admissão Hospitalar		41-Data, Diárias Autorizadas 1			42-Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA		
43-Código da Operadora/CNPJ 12361267009140		44-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN			45-Código CNES		
46-Observação Vinculada a guia nº 40068070							
47-Data e Assinatura do Médico Solicitante		48-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 03/11/2019			49-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		

Dr. João Ricardo Rolim Arsenaldi  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 9031 - TEC11023

Dr. João Ricardo Boim Arsanjidis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 8894 - TECIT 10233

52 - DIADEMA ASSUMTHESA DO ALVORADA SANTOS/ME

Digitized by srujanika@gmail.com

100-00000-00000-00000

51 - DATA E ASSINATURA DO MEMORANDO OU RE

JH - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

COD. 88595 1000 b/s. 50x1 - 2.182.001 A 2.232.000 - 12/17

Jean 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	Matrícula	Tipo Documento			
02/11/2019	10:51					
Médico Atendente				Clínica		
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
			ENXERITO OSSEO

R4310RI - VALESKA KATHELYN ALVES PEREIRA



## 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 orgão 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(s) condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis (fatores);

6º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardio-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 anestesiologista / 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 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(a) 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;



PACIENTE: Jean Carlos dos SantosEND: Rua Horácio Couto N° 2039 - Parquecer.CPF No.: 969.621.194-53RG No.: 1469.666

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 subscriver 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, 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, compreendendo 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(s) 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 ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevisíveis que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

5 - assume inteira responsabilidade em caso de eventual recusa em submeter-se a procedimento de hemotransfusão, quando este for recomendado pela equipe médica responsável pela assistência prestada, declarando, ainda, ter sido devidamente cientificada pelos profissionais assistentes dos riscos advindos da recusa do tratamento proposto, inclusive do risco de morte, bem como isenta inequivocadamente 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(s) 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. \_\_\_\_\_

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  raqui-anestesia  peridural  outra anestesia regional  
 sedação  acompanhamento do Anestesiologista.
- Para realizar a(s) seguinte cirurgia / procedimento: Fratura do Tornozelo Aberto
- 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: hipotensão, bradicardia, 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 as minhas alterações na saúde, presentes e passadas, clínicas cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso e hábitos (contabagismo 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

Dr. João Ricardo Rolim Arseniéis

Carteira de identidade

CRM-RN 0311 - TEC040233

\* Responsável deve assinar em caso de paciente menor de idade (Odontopediatra e Traumatologista)

quando o paciente  
não tenha condições de assinar o documento.

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 as perguntas 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 Arseniéis  
CRM-RN 0311 - TEC040233  
CRM-PB 8181 - CRM-PB 8007

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:32

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9578012
Convênio: HAPVIDA MOSSORÓ	Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 610296 N°: 46378078	02/11/2019	02/11/2019	15:29

## PACIENTE

Data De Admissão 02/11/2019 [1]

## PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Eletriva. [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

P脉so 99 bpm [1]

PA 120X70 [1]

## OUTROS DADOS E SINAIS

Peso 65 kg [1]

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Hora 13:00 [1]

## INTR-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 MOSSORÓ	Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Responsável Pelo Recebimento	DALIANE		[1]
Hora	14:35		[1]
Sala	02		[1]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	INTEGRA		[1]
Inicio Da Anestesia	14:40		[1]
Término Da Anestesia	18:40		[1]
Inicio 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 Acrecentadas 1	0 UD		[1]
Quantidade De Compressas Acrecentadas 2	0 UD		[1]
Quantidade De Compressas Acrecentadas 3	0 UD		[1]
Quantidade De Compressas Acrecentadas 4	0 UD		[1]
Quantidade De Compressas Acrecentadas 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]

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 02/11/2019 [1]

## OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Eletrodos TORAX [1]

## PÓS-OPERATÓRIO

Nível de Consciência pos operatório Calmo. [1]

Tipo De Respiração Espontânea c/suporte de O2. [1]

Extremidades Perfundidas. [1]

Curativos Cirúrgicos Limpo e seco. [1]

## CONDICÕES DE ENCAMINHAMENTO

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 MOSSORÓ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Curativos Cirúrgicos	Pouco úmido.	[1]	
<b>OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS</b>			
Eletrodos	TORAX	[1]	



## AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

NOME COMPLETO: Jean Contes da Souza DATA NASC: 07/05/1974 IDADE: 46 LEITO: \_\_\_\_\_

ANESTESIOLOGISTA: Jesuânius CRM: 7314 CIRURGIA: Gen. Jardim DATA: 02/11/2020

RESPIRATÓRIO		GASTROINTESTINAL		ARTERIOVASCULAR		NEUROLOGICO		MUSCULÔ ESQUELÉTICO		ENDÓCRINO		HEMATÓLOGICO	
<input type="checkbox"/> Asma brônquica	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Malacopatia	<input type="checkbox"/> Ecima	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Hiperemilia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Doença muscular	<input type="checkbox"/> Hemofilia		
<input type="checkbox"/> DPOC/Displinaria	<input type="checkbox"/> Listerínia	<input type="checkbox"/> AAT. Congênita	<input type="checkbox"/> HHC	<input type="checkbox"/> Lesão muscular	<input type="checkbox"/> Doença da tireoide	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Hiperemilia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Hemofilia		
<input type="checkbox"/> Fossa produtiva	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> ICG/Ortopneia	<input type="checkbox"/> HCT	<input type="checkbox"/> Lesão muscular	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Hiperemilia	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Hemofilia		
<input type="checkbox"/> JMAS recente	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> ECG anormal	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Hiperemilia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Hemofilia		
<input type="checkbox"/> Dor torácica	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Pneumoperit	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Hiperemilia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Hemofilia		
<input type="checkbox"/> pneumopatia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Hiperemilia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Hemofilia		
<input type="checkbox"/> lesões pleurais	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Hiperemilia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Hemofilia		
<input type="checkbox"/> IRK alterado	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Estomago cheio	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Hiperemilia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Hemofilia		
<b>INFECCOSO</b>		<b>RENAL</b>		<b>MÁDIO</b>		<b>ALERGIAS</b>		<b>MEDICAÇÕES EM USO</b>		<b>EXAMES EM VIAS AÉREAS</b>		<b>ANESTESIA PRÉVIA</b>	
<input type="checkbox"/> ISPA	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Fumo	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Maltempo I	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG
<input type="checkbox"/> peptônica	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Maltempo II	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG
<input type="checkbox"/> Tubercolose	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Maltempo III	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> Maltempo IV	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> IRG
<b>PESO/ALT</b>		<b>ABAL/ALB</b>		<b>GRUPO ABO/RH</b>		<b>Hb/Hc</b>		<b>Glicemia</b>		<b>PA (mmHg)</b>		<b>COMENTÁRIOS ADICIONAIS</b>	
68	168	92	—	—	3/3	13,4	101	120/80	—	—	—	—	—
Ureia	Creatinina	Albumina	Na <sup>+</sup>	Cl <sup>-</sup>	K <sup>+</sup>	TGO	TGP	—	—	—	—	—	—
23	0,81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estado físico (ASA)	Premevisão	Jejun	Médico (CRM)	Dr. Jairson Oliveira 10. Anestesiologista - CRM-PB 800									
<b>X</b>	—	> Pm											

FICHA DE ANESTESIA

NOME							DATA																																																																																																																	
Jean Carlos dos Santos							02/11/19																																																																																																																	
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGIÃO																																																																																																																				
JLepanian		JLepanian		JLepanian																																																																																																																				
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO																																																																																																																	
18	M	B	120/70	40	36	6 2 3 4 5	-																																																																																																																	
DIAGNÓSTICO		Fract. da fibula - Trat. cirúrgico Fract. supracondilar do femur - trat. cir.																																																																																																																						
OPERAÇÃO REALIZADA		Exerto óssea																																																																																																																						
INÍCIO 14:40		TERMINO 19:30		DURAÇÃO 3:50		ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA																																																																																																																
SpO <sub>2</sub>		91 93 93 91 91 93 93 91 93 93 93 93																																																																																																																						
ETCO <sub>2</sub>																																																																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th colspan="12"></th> <th>OBSERVAÇÕES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td colspan="12">0</td> <td>1) Nitrouana gaseosa (2)</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="12">2</td> <td>2) Metformina (2)</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td colspan="12"></td> <td>3) Cetoridol (2)</td> </tr> <tr> <td>N</td> <td colspan="12"></td> <td>4) Cetaparacina (2)</td> </tr> <tr> <td>T</td> <td colspan="12"></td> <td>5) Dipiridam (2)</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td colspan="12"></td> <td>6) Drotaverine (2)</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td colspan="12">15:50 16:00 16:00 16:00</td> <td>7) Clorpropina (2)</td> </tr> </tbody> </table>									HORA													OBSERVAÇÕES	A	0												1) Nitrouana gaseosa (2)	G	2												2) Metformina (2)	E													3) Cetoridol (2)	N													4) Cetaparacina (2)	T													5) Dipiridam (2)	E													6) Drotaverine (2)	S	15:50 16:00 16:00 16:00												7) Clorpropina (2)
HORA													OBSERVAÇÕES																																																																																																											
A	0												1) Nitrouana gaseosa (2)																																																																																																											
G	2												2) Metformina (2)																																																																																																											
E													3) Cetoridol (2)																																																																																																											
N													4) Cetaparacina (2)																																																																																																											
T													5) Dipiridam (2)																																																																																																											
E													6) Drotaverine (2)																																																																																																											
S	15:50 16:00 16:00 16:00												7) Clorpropina (2)																																																																																																											
CÓDIGO																																																																																																																								
ANESTESIA		200																																																																																																																						
OPERAÇÃO		200																																																																																																																						
INTUBAÇÃO		180																																																																																																																						
ENDOTRÓQUEAL		160																																																																																																																						
PRES. SISTOL.		140																																																																																																																						
PRES. DISTÓL.		120																																																																																																																						
PULSO.		100																																																																																																																						
RESP. ASSIST.		80																																																																																																																						
RESP. EXPONT.		40																																																																																																																						
RESP. CONTR.		20																																																																																																																						
POSIÇÃO		AC																																																																																																																						
Soro 1500																																																																																																																								
Sangue																																																																																																																								
Outros																																																																																																																								

TECNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDAÇÃO: ( )

ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

AGENTES EMPREGADOS

Fluotracetanato, amide, pracet, unica, unidose, 480mg agulha 17G,  
ketof, ceto, iogecat amide

ACORDADO	SALA DE RECUPERAÇÃO		CONDICÕES		ÓBITO			
SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	B <input checked="" type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	-



DATA DE ADMISSÃO: **18/05** Hora: **14:40** Cirurgia Realizada: **Enuclese do Tumor do Olho**

 Anestesiado: **Guilherme**

 Cirurgião: **Paulo** Nro: **107**
**NITROLES**

PERÍODO	HORA	TEMPERATURA	FE	FR	Pálpebras	Score	ESCALA DE DOR
15 min	19:50	34,9	66	14	87/53	0	0 SEM DOR
15 min	19:05	35,2	65	24	93/57	0	1
15 min	19:30	35,4	63	24	93/57	0	2 DOR LEVE
15 min	19:35	35,6	69	30	100/65	0	3
30 min							4 DOR MODERADA
1 hora							5 DOR
10 min							6 DOR INTENSA
hora							7
hora							8
hora							9
							10
							11
							12
							13
							14
							15
							16
							17
							18
							19
							20
							21
							22
							23
							24
							25
							26
							27
							28
							29
							30
							31
							32
							33
							34
							35
							36
							37
							38
							39
							40
							41
							42
							43
							44
							45
							46
							47
							48
							49
							50
							51
							52
							53
							54
							55
							56
							57
							58
							59
							60
							61
							62
							63
							64
							65
							66
							67
							68
							69
							70
							71
							72
							73
							74
							75
							76
							77
							78
							79
							80
							81
							82
							83
							84
							85
							86
							87
							88
							89
							90
							91
							92
							93
							94
							95
							96
							97
							98
							99
							100
							101
							102
							103
							104
							105
							106
							107
							108
							109
							110
							111
							112
							113
							114
							115
							116
							117
							118
							119
							120
							121
							122
							123
							124
							125
							126
							127
							128
							129
							130
							131
							132
							133
							134
							135
							136
							137
							138
							139
							140
							141
							142
							143
							144
							145
							146
							147
							148
							149
							150
							151
							152
							153
							154
							155
							156
							157
							158
							159
							160
							161
							162
							163
							164
							165
							166
							167
							168
							169
							170
							171
							172
							173
							174
							175
							176
							177
							178
							179
							180
							181
							182
							183
							184
							185
							186
							187
							188
							189
							190
							191
							192
							193
							194
							195
							196
							197
							198
							199
							200
							201
							202
							203
							204
							205
							206
							207
							208
							209
							210
							211
							212
							213
							214
							215
							216
							217
							218
							219
							220
							221
							222
							223
							224
							225
							226
							227
							228
							229
							230
							231
							232
							233
							234
							235
							236
							237
							238
							239
							240
							241
							242
							243
							244
							245
							246
							247
							248
							249
							250
							251
							252
							253
							254
							255
							256
							257

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 MOSSORÓ	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
<hr/>			
<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 ORTOPIÉDICO DE ROTINA + GARROTE ASSEPSIA E ANTISSEPSIA 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 30732026 EM MOSSORÓ		[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadiis  
Ortopedia e Traumatologia  
02/11/2019 - 18:48



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/05/1974 Atendimento: 63195573 Prontuário: 9576012  
 Convênio: HAPVIDA MOSSORÓ Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF Leito: 310232/1  
 Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN: 610296 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 Pre-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]
Órgão Checado Em Sala Cirúrgica	Sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica	Sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirúrgica	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 MOSSORÓ	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/Du 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]





Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 04/05/2020 14:53:51  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005041453509520000053405076>  
Número do documento: 2005041453509520000053405076

Num. 55400653 Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO PÚBLICO

DENDIRAN

DETTRAN - RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

CLAUDIO CARVALHO DE CASTRO

RM N° 014100529864

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO D'AVANÇO.  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GÊNEIS DE COBERTURA.

卷之三

633.593.805-04

0015754/RM 9C2000100R139145

Passanteiro/Motociclista/Motociclista  
KUOOL-Brasil

07/162 21 LINDNERAS	PARTICULAR	VACUNA
CON MARCA	CON VACUNA	CON VACUNA

RE 0,00 15/06/2014 2000 2000

\*\*\* THMAS DRYMAN: PAGO \*\*\* DPYAT: PAGO

ALIEN, F.D. DE BAYER DE: DE-636-ZZU/0001-00  
BANCO BONIA S/A  
BANCO BONIA S/A  
BANCO BONIA S/A

PROBLEMS IN PRACTICE 2

HOESCH/FR

Gesellschaften der Regionen der  
Schweiz

100

W132-9912

---

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, retorno 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 Carnaubeiras, 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 Carnaubeiras, 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)