

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 620.608.173-74 3 - CPF da vítima: 620.608.173-74 4 - Nome completo da vítima: Rádya Francisley Corderino Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Rádya Francisley Corderino Lima Mendes 6 - CPF: 620.608.173-74
7 - Profissão: Recuo 8 - Endereço: Av. Olga Benário 9 - Número: 145 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60877-315
15 - Cota: 16 - Tel. (DDD): 85 985-37.6041

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

22 - CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1956 CONTA: 79156 6
23 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

24 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente; uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não irei até que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, custodiando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 26 - Data do óbito da vítima: 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Se tinha filhos, informar vivos: 29 - Se tinha irmãos, informar vivos: 30 - Se tinha pais/avós vivos: 31 - Se tinha filhos, informar falecidos: 32 - Se tinha irmãos, informar falecidos: 33 - Se tinha pais/avós vivos: 34 - Se tinha irmãos, informar falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza 7/1/2020

Francilene Corderino Lima Mendes Rádya Francisley Corderino Lima Mendes

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica - Grupo B3 - Setor Unipolar 110V 025980115

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valtércio, 150, Fortaleza - CE | CEP 60138-040
CNPJ 07.647.251/0001-70 | ODF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
pela Lei nº 10.438, de 24 de dezembro de 2002.Esta é a sua conta de
10/2019DEBÍTO
6346523VENCIMENTO
01/11/2019TOTAL A PAGAR
191,76DATA DE VENCIMENTO
17/10/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCILENE CORDEIRO LIMA MEDES

Endereço: AV OLGA BENARIO 20145
60377-315 FORTALEZA JANGURUSSU

Classificação: Residencial Plano

Modelagem Tarifária: B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação: MONOFÁSICO

Medidor: 4661264-CPN-314 - F312UB6

CPF / CNPJ
240.636.902-10ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
6018.440.006.03E.6370.474F.5.118.CD06

DATAS DE LEITURA

Anterior: 17/09/2019 Atual: 17/10/2019 Próx. Pós-Leitura: 20/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumo Luz Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
H-P	15924,30	13702,10	222,20	0,00	0,00	0,00	1,00	222,00	222,00	0,75665	168,84

DESCRIÇÃO DA CONTA

Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CP - LUM PUB PREF MUNIC			11,84
Luz Residencial			0,00
Consumo	222	0,75665	168,84
Atividade Ilum. Amarela			2,33
Atividade Res. Simples			4,79
DMC			1,90
Plano Diário Simples			24,90

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto	Importado	Utilizado	Saldo (kWh)
Tarifário			Atualizado

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh) Compare suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emissão: Consciente Consciência Ecológica
kg CO₂ / kg CO₂ (kg CO₂)

Taxa	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
RTFAGEP	100,00	0,0000	0,04
OCFMS	100,00	0,1400	0,22
ICMS	100,00	27,00	41,57

ATENÇÃO

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor (R\$)
07/2019	26,96
	26,96

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Base Tarif.: Verificação: 16/09 - 30/09 Amarela: 01/10 - 17/10 - 3 vencimento
da sua conta é regulamentado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso,
desejamos lembrar o vencimento no mesmo mês. Caso haja, temos uma condição
especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 620.608.173-74 4 - Nome completo da vítima: Rádya Francisco Cordero Lima Mendes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Rádya Francisco Cordero Lima Mendes 6 - CPF: 620.608.173-74
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: Av. Olga Benário 9 - Número: 145 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jangurussu 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60877-315
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98537.6041

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1956 CONTA: 79 156 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (a) (a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza 17/12/19

Rádya Francisco C. Lima Mendes

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019920991



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4412 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/12/2019 15:12:03**
Data / Hora da Ocorrência: **06/08/2019 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CORA CORALINA, JANGURUSSU - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES**
Nascimento: **07/08/2002** CPF: **620.608.173-74**
RG: **20090092788** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCILENE CORDEIRO LIMA MENDES**
RONALDO MENDES DE SOUSA
Endereço: **AVENIDA OLGA BENARIO, 145 CONJ MARIA TOMAZIO**
Bairro: **JANGURUSSU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98587-6453**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCILENE CORDEIRO LIMA MENDES**
Nascimento: **29/01/1966** CPF: **240.636.902-10**
RG: **2006007071957** Orgão Emissor: **SSP-CE** UF:
Filiação: **MARIA CORDEIRO LIMA**
JOSE OLIVEIRA LIMA
Endereço: **RUA AV.: OLGA BENARIO , 145 CONJ: MARIA TOMAZIA**
Bairro: **JANGURUSSU** CEP: **60.877-315**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99621-1378**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSA7473** Uf: **CE** Município: **BEBERIBE** Chassi:
9C2KC1670DR018477 Renavam: **537426930** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **TIJUCA ALIMENTOS LTDA EPP** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A NOTICIANTE(MÃE DA VITIMA) COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA COMO GARUPEIRA DA MOTO DE PLACA OSA-7473 QUE ERA PILOTADA POR ANTONIO BRUNO ALVES DE OLIVEIRA, TRAFEGAVAM PELA AVENIDA CORA CORALINA QUANDO UM ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL, QUE O PILOTO FREOU A MOTO QUE DERRAPOU E PERDEU O CONTROLE, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.////



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019920991



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4412 / 2019

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francineirade Almeida Lima Mendes

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria Carolina Santos Barreira
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 620.608.173-74 3 - CPF da vítima: 620.608.173-74 4 - Nome completo da vítima: Rádya Francisley Córdova Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Rádya Francisley Córdova Lima Mendes 6 - CPF: 620.608.173-74
7 - Profissão: Recuo 8 - Endereço: Av. Olga Benário 9 - Número: 145 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60877-315
15 - Cota: 16 - Tel. (DDD): 85 985-37.6041

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

22 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1956 CONTA: 79156 6
23 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

24 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente; uma vez que (assinatar uma das opções):

- ☐ Não irei até que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 26 - Data do óbito da vítima: 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Se tinha filhos, informar vivos: 29 - Se tinha irmãos, informar vivos: 30 - Se tinha pais/avós vivos: 31 - Se tinha filhos, informar falecidos: 32 - Se tinha irmãos, informar falecidos: 33 - Se tinha pais/avós vivos: 34 - Se tinha irmãos, informar falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Fortaleza 7/1/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisley Córdova Lima Mendes 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 620.608.173-74 4 - Nome completo da vítima: Rádya Francisco Cordero Lima Mendes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Rádya Francisco Cordero Lima Mendes 6 - CPF: 620.608.173-74
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: Av. Olga Benário 9 - Número: 145 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jangurussu 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60877-315
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98537.6041

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1956 CONTA: 79 156 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (a) (a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 17/12/19
Rádya Francisco C. Lima Mendes

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707212

Vítima: **RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES**

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES

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 funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES**

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

Banco: **104**

Agência: **000001956**

Conta: **0000079156-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

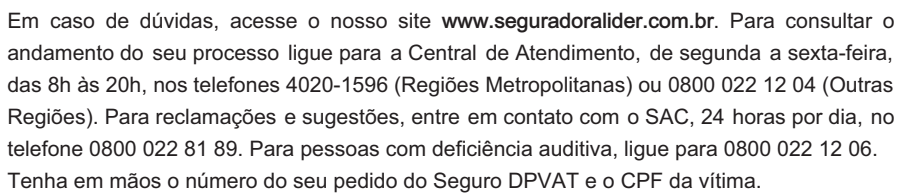
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707212

Vítima: RADIIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RADIIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01956

CONTA: 000000079156-6

Nr. da Autenticação D41C5303817AED6A

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457784/19

Número do Sinistro: 3190707212

Vítima: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME

CPF: 620.608.173-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: RADIA FRANCISLUZ
CORDEIRO LIMA MENDES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES : 620.608.173-74

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020

Nome: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES

CPF: 620.608.173-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020

Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

CPF: 041.838.663-32

RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457784/19

Vítima: RADIIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME

CPF: 620.608.173-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: RADIIA FRANCISLUZ
CORDEIRO LIMA MENDES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RADIIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES : 620.608.173-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019
Nome: RADIIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES
CPF: 620.608.173-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

RADIIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES

ALANA DA SILVA DE MATOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457784/19

Número do Sinistro: 3190707212

Vítima: RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME

CPF: 620.608.173-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: RADIJA FRANCISLUZ
CORDEIRO LIMA MENDES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES : 620.608.173-74

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020

Nome: RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES

CPF: 620.608.173-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020

Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

CPF: 041.838.663-32

RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190707212 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RADILIA FRANCISLUZ CORDEIRO **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.
LIMA MENDES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE METATARSOS (4º E 5º) DO PÉ DIREITO. P.8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.14,15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/08/2019 17:41

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61113635 Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1] Nº: 42426840 07/08/2019 às 07:46

ANAMNESE

Queixa Principal	PCTE COM FRATURA DO PE AGUARDA CIRURGIA PAI VEIO PEDIR MEDICAÇÃO PARA DOR	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]
CID10	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

fulcr 27851

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/08/2019 17:41

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61113635 Prontuário: 16332250

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133229/1

Profissional(is): ANTONIO LUIZ VIEIRA GONÇALVES CRM 12444 [1] Nº: 42414734 06/08/2019 às 19:23

ANAMNESE

Queixa Principal	TRAUMA EM JOELHO E PE DIR, REFERINDO HISTORIA DE ACIDENTE DE TRNASITO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	S89 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	TRAUMA EM JOELHO E PE DIR, REFERINDO HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRNASITO	[1]
---------------	---	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

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

PC LUP 27856



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61255088



20/08/2019 17:44:00

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16332250	RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES	F	07/08/2002	17

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
20090092788 SSP CE	62060817374		2-SOLTEIRO

Endereço
AV OLGA BENARIO,145 - JAANGURUSSU, FORTALEZA(CE) CEP 61000000

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
987432275	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade
57700000179025019	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
13/08/2019	07:13		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente	Clinica
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/08/2019 17:42

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002

Atendimento: 61255088

Prontuário: 16332250

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133228/2

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

Nº: 42693059 13/08/2019 às 07:28

ANAMNESE

Queixa Principal	PO DE FRATURA DE FRATURA DE PUNHO	[1]
------------------	-----------------------------------	-----

Queixa Principal		
------------------	--	--

Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
---------------------	--------------------------	-----

CID10	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]
-------	---	-----

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	PO DE FRATURA DE FRATURA DE PUNHO	[1]
---------------	-----------------------------------	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]
-------	---	-----

CID10	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]
-------	---	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61113635



20/08/2019 17:43:50

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16332250	RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES	F	07/08/2002	17
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20090092788 SSP CE	62060817374		2-SOLTEIRO	
Endereço	AV OLGA BENARIO,145 - JAANGURUSSU, FORTALEZA(CE) CEP 61000000			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987432275				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57700000179025019		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/08/2019	19:20		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA - (1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

RECIBO 27852

HISTÓRICO DE ATENDIMENTO		MÉDICO PRESTADOR		CONSULTA		PEP	Histórico
Data inicial:	21/07/2019	Atendimento:	61113635	Médico prestador:			
Data final:	28/08/2019	Problema:		Consentido:			
Carteira:		Atendimentos com alta administrativa		Atendimentos liberados pela auditoria		13488	14348
		Atendimentos com pendências no prontuário		Atendimentos liberados pela reinscrição			
Documentos							
Atendimento	Problema	Nome do Paciente	Documento	Idade			
00650219 18 20 - CONSULTA DERMATOLOGIA	61113635	1680250	RAQUEL FRANCISCA CORDEIRO LIMA NEVES	07652002	17A 2M 13D	Feminino	
Pendências do Atendimento de Alta							
Inq. por Tipo de Documento		Nome do Dr.		Data de Ex.			
		FRANCISCA CORDEIRO LIMA NEVES					
Tipos de documentos							
☐ Registro Médico ☒ Formulário de Atendimento de Emergência ☐ Prescrição Médica ☐ Laudo Médico Especial ☐ Relatório Médico ☐ Atestado Médico ☐ Declarações ☐ Pareceres Médicos ☐ Solicitação de Parecer Médico ☐ Admissão do Paciente ☐ Evolução Médica ☐ Outros documentos médicos		Visualizar Data hora 20/08/2019 18:25:22 Profissão		Ingresso Doc. Atividade Situação ASSINADO			
Ver Histórico de Registrações							

feut 27856



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
61421322



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

20/08/2019 17:44:11

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16332250	RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES	F	07/08/2002	17

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
20090092788 SSP CE	62060817374		2-SOLTEIRO

Endereço
AV OLGA BENARIO,145 - JAANGURUSSU, FORTALEZA(CE) CEP 61000000

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
987432275	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57700000179025019		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
20/08/2019	07:17		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2526760 ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA - (1,10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/08/2019 17:42

Paciente: RADILIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME DL Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61421322 Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/1

Profissional(is): ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO CRM 11696 [1] Nº: 43011109 20/08/2019 às 07:29

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE EM PO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA DE 4,5 MTTD VEM PARA REVISÃO SEM QUEIXAS [1]
CD: RETIRADA DE PONTOS SOLICITO RX

Queixa Principal
Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 M999 LESAO BIOMECANICA NAO ESPECIFICADA [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 M999 LESAO BIOMECANICA NAO ESPECIFICADA [1]

CID10 M999 LESAO BIOMECANICA NAO ESPECIFICADA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/08/2019 17:43

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61421322 Prontuário: 16332250
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/1
 Profissional(is): ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO CRM 11696 [1] Nº: 43012593 20/08/2019 às 08:05

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE EM PO DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE 4.5 MTTO
 VEM PARA REVISÃO
 SEM QUEIXAS
 RX FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO
 CD: RETIRADA DE PONTOS

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
 AGRUPADOS>

[1]

CID10

M999 LESAO BIOMECANICA NAO ESPECIFICADA

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

99

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M999 LESAO BIOMECANICA NAO ESPECIFICADA

[1]

CID10

M999 LESAO BIOMECANICA NAO ESPECIFICADA

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/08/2019 17:43

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002

Atendimento: 61421322

Prontuário: 16332250

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/1

Profissional(is): MARIA CRISTIANE DE SOUSA TEIXEIRA COREN 779318 [1]

Nº: 43011744 20/08/2019 às 07:47

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE
SUPORTERETIRADA DE PONTOS 1 REALIZADO AS 07:47, EM 20/08/2019 POR
MARIA CRISTIANE DE SOUSA TEIXEIRA, COREN/CE 779318.

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[1]

Queda Adulto (Morse)

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[1]

Flebite

[1]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

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

07/08/2019 08:47:23

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16332250	RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES	F	07/08/2002	17
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20090092788 SSP CE	62060817374		2-SOLTEIRO	
Endereço				
AV OLGA BENARIO 145 JAANGURUSSU FORTALEZA-CE CEP:61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987432275		FRANCILENE CORDEIRO LIMA MENDES		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
07/08/2019	08:39		Cirurgica
Médico Atendente	29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO		
Médico Acompanhante	29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO		
			6-TRAUMATOLOGICA
			Tipo Atendimento
			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	SIND.EMPRESAS TRANSP.PASSAGENS EST.CE
22-HAPVIDA MATRIZ	13-NOSSO PLANO- APARTAMENTO -	COLETIVO
Carteira	Validade	
5500000179025019		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133420 SALA CC 02	12
N. Guia	Procedimento	Senha
41670030	99996666	D23020170
41670030	30729173	D23020170
41670030	30731119	D23024121
41670030	30732026	D23024251
Descrição		
INTERNACAO		
FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE - TRATAMENTO CIRURGICO		
TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO		
ENXERTO OSSEO		

RISCO QUEDA

ALERGIA

NOTA DE SALA

4720307

Atendimento:	61122378	Prontuário:	18332250	RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30729173	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE - TRATAMENT	Tipo Anestesia:	RAQUE+SEDACAO	
	30731119	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	30732026	ENXERTO OSSEO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 05	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	3014B
Equipe Médica:	CIRURGIAO	2594358	FREDERICO THALES DE VASCONCELOS	CRM	11332
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	734403	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	CRM	8260
	ANESTESISTA	3927954	EUZIANE LOPES SILVA	CRM	171012

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31120	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	38144	ANTAK 2ML AMPL 2 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
84948	AGULHA DESC. DE RAQUE N 27 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
31739	ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	55609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ. AMPL 20ML AMPL 20 ML	1
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	3	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	4
30090	ATADURA DE GESSO 20 CM - 1 UD	3	45250	KYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	3			
31868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200			
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	300	19	TAXA DE SALA	Início: 10:00 Fim: 11:00
158980	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	3	4	TREPANO	Início: 10:00 Fim: 11:00
134084	EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD	1	20	OXIGENIO	Início: 10:00 Fim: 11:00
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 10:00 Fim: 11:00
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50	16	MONITORIZACAO	Início: 10:00 Fim: 11:00
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 10:00 Fim: 11:00
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	2			
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	9			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MI	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
30660	LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	100			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	80			
130923	PLACA DESCARTAVEL PIBISTURI ADULTO - 1 UD	1			
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	2			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
30970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			

[Handwritten signature]

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: RADJA F.C. LINS MENDES Data: 04/08/19
 Idade: 17 Sexo: F M ()
 Peso: 60 Kg
 Prentuário: 16332250 Convênio: HAVIDA
 Diagnóstico: FRATURA DE PE DIREITO
 Cirurgia: TROCAMENTO DE ENCLAVAMENTO + ANESTESIA
 Cirurgião: DR. THALES de ANESTESIA ASA: I



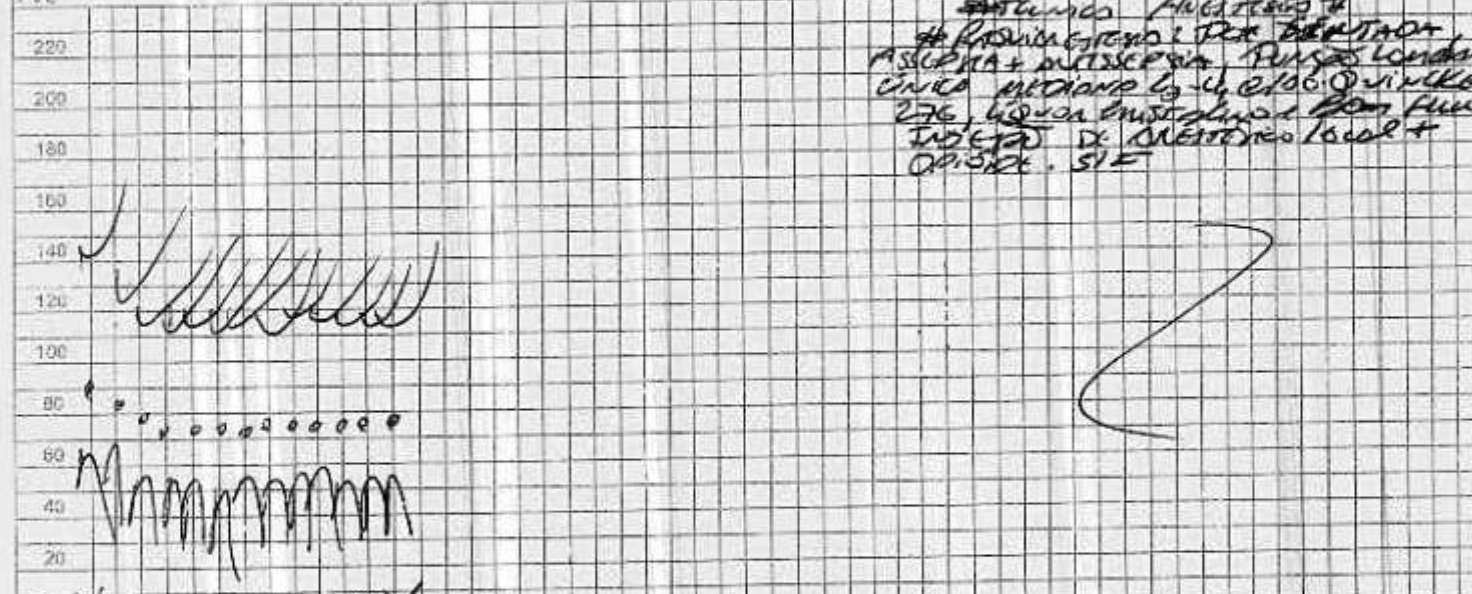
LIQUIDOS

CARDIOSCOPIO ☒ PRESSÃO NÃO INVASIVA ☒ CAPNOGRAFO ☐ OXIMETRO DE PULSO ☒ PRESSÃO INVASIVA

SAT O: 97-100-100-100

ETC O:

PVC



estudo Anestésico
Radja F.C. Lins Mendes
ASPIRA + ANTISEPTICA
UNICA MEDICINA 1g 100mg
276, 400mg
INJEÇÃO DE ANESTÉSICO LOCAL +
OPRIMIR. SIF

DRUGAS

- 1 CEFAZOLINA 2g 10:00
- 2 LA. 0.5g 10:00
- 3 BIACAPNA 0.5g 10:00
- 4 FENTANIL 20-20 10:00
- 5 DECAVON 1g 10:00
- 6 ROXITROMID 15g 10:00
- 7 ONANIS 15g 10:00
- 8 DIALINA 2g 10:00
- 9 CECROFEN 1g 10:00
- 10 PROPOFOL 40-40 10:00

LIQUIDOS VOLUME PERDAS

SFO, 91 1000ml

VOLUME BALANÇO

ENTUBAÇÃO: Oro Nasal Sonda:

Respiração: (Espont) Assist. Mecân.

Absorvedor de: Sem Com

Posição: 1g 1g Local da Punção: 276

Agulha: Quincke Técnica: Redman

Início: 10:00 Final: 11:00

Duração: 1h

Condição final op: BEG, EVANTICO E ESTÁVEL

Intercorrências per. op:

Ass. Anestésista - CRM

Euziane Lopes Silva
 Anestesiologista
 CRM-CE 20290

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 1

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61122378 Prontuário: 16332250
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/12

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS, MEDICO, CRM 11332 (1) Nº: 42438746 07/08/2019 às 11:01

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S92	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S92	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	07/08/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	11:01	[1]
Cirurgia	OSTEOSINTESE	[1]
Cirurgião	FREDERICO THALES	[1]
1º Auxiliar	RAFAEL BEZERRIL	[1]
Anestesista	EUZIANE	[1]
Descrição Cirúrgica	1-DECUBITO DORSAL APÓS ANESTESIA 2-ASSPSIA E ANTESEPSIA 3-APOSIÇÃO DE CAMPOS 4-INCISÃO SOBRE O PÉ E ABERTURA POR PLANOS 5-TENOPLASTIA E REPARO 6-LOCALIZAÇÃO E REDUÇÃO DE FRATURA COM FIXAÇÃO 7-RX DE CONTROLE 8-LAVAGEM COM SORO E HEMOSTASIA 9-ENXERTO OSSEO 10-FECHAMENTO POR PLANOS E CURATIVO	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30729173 30731119 30732026	[1]

Fredérico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11332

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 10:

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002

Atendimento: 61122378

Prontuário: 16332250

Paciente: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

Assinatura(s): CASTRICIANA DANTAS DE CASTRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1279367 [1] Nº: 42438120 07/08/2019 às 10:50
CASTRICIANA DANTAS DE CASTRO COREN 1279367 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	07/08/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	09:55	[2]
Cirurgia	FARTURA DE PE DIREITO	[2]

ITEMS DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não se aplica.	[2]
Via Aérea Difícil	Não.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[2]

ITEMS DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[2]
Lateraldade Do Procedimento	Direita.	[2]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]

PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

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

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 10:

iente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61122378 Prontuário: 16332250
vênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/12

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[2]

TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

SIM.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

SIM.

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

Não.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

SIM.

[2]

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

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

[2]



ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

Emissão: 07/08/2019

Paciente: RADJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN
Convênio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc. 07/08/2002
Nº Prescrição: 23165836 07/08/2019 às 11:00
Leito: 13342012

Atendimento: 61122378
Prontuário: 16332250
Peso: kg

1. DIETA: GERAL - ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500 ml		
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)		1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV
Agua Destilada			10 ml		
4. PROFENID IV (100.00mg)		100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml		
5. DAPIRONA AMP (500.00mg/ml)		1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV
Agua Destilada			18 ml		
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml		
Alta vigilância					
7. PLAMET (5.00mg/ml)		10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV
Agua Destilada			18 ml		
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO					SN
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA					SN
10. PUNCAO C/ JELCO					SN
11. SINAIS VITAIS					SN
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					SN
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					SN
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					SN
15. COMPRESSÃO COM ÉTER					SN

Profissionais:

Federico Thales de Vasconcelos
Ortopedista e Traumatologista
CREMEC 17.332

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN	Dt. Nasc.: 07/08/2002	Atendimento: 61122378	Emissão 07/08/2019 14:36
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0023169193	07/08/2019 às 14:16	Prontuário: 16332250
Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Leito: 3014B/1	Peso: 65,00 kg	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	
IRUXOL/KOLAGENASE GRANDE			

Reservado para o SNO

ENTEROFIX

Ass.

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 07/08/2019 14:36

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN

Dt. Nasc.: 07/08/2002

Atendimento: 61122378

Prontuário: 16332250

Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 0023169193

07/08/2019 às 14:16

Posto: POSTO 3B - HAPFOR

Leito: 3014B/1

Peso: 65.00 kg

GASTOS

Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.	Descrição	Qtde.
PLAMET							
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 1					
PLAMET 10MG 2 ML AMPL 2 ML	2	Puncão C/Jelco					
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15				
DIPIRONA AMP							
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1	EXTENSOR 20CM C/2 VIAS - 1 UD	1				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1				
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1				
EFAZOL							
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	Curativo Com Atadura E Gaze Acochoada					
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20	HV Vol.Total: 1000.00 Vig: 1.40					
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1				
EFAZOL FRAP 1 UD	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1				
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2				
ROFENID IV							
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1				
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1	SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1 500ML TUBO 5X2					
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5				
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
ROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1						
RAMADOL							
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: RADUA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN	DL Nasc.: 07/08/2002	Atendimento: 61122378	Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23163549	07/08/2019 às 09:11	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12	Enfermeiro(a):	MARIA ALVES PEREIRA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

BANHO PRÉ OPERATORIO

Manhã Tarde Noite

Deuiciana
138995

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN	Dt. Nasc.: 07/08/2002	Atendimento: 61122378	Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23163579	07/08/2019 às 09:12	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA ALVES PEREIRA (COREN 006966)			
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PERVIO E IDENTIFICADO		Mantido	
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR		Mantido	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Delevarna
138995

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: RADILIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN Dt. Nasc.: 07/08/2002

Atendimento: 61122378

Prontuário: 16332250

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 23167534

07/08/2019 as 12:16

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES

Leito: 223/1

Avaliação: PRESCRICAO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)

Profissionais: ELANDIA FARIAS FEITOSA (COREN 326707)

1 - ADMITIR/INSTALANDO

MONITOR CARDIACO

Mantido

2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO

PADRAO RESPIRATORIO

Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

E
Elandia Farias Feitosa
COREN-CE: 326707 - ENF.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: RADUA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN	Dt. Nasc.: 07/08/2002	Atendimento: 61122378	Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23167667	07/08/2019 às 12:25	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 223/1	Enfermeiro(a):	Elandia Farias Feitosa
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			

Profissionais:

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:

Mantido Leito Em Posição Adequada/ Grades Mantido:

Laterais Levantadas

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido:

Elandia Farias Feitosa
Enfermeira

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: RADUA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN	Dt. Nasc.: 07/08/2002	Atendimento: 61122378	Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23175818	08/08/2019 às 00:26	
Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Leito: 3014B/1	Enfermeiro(a): JANDERSON LEE MACEDO MOTA	

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO

Profissionais:

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

RENOVAR ACESSO VENOSO	00:00
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	00:00 12:00

13 - INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Relacionado a: CIRURGIA

INSPECIONAR E HIDRATAR A PELE	00:00 12:00
MANTER PELE LIVRE DE UMIDADE	00:00 12:00
TROCA DE CURATIVOS ATENTANDO PARA ASPECTO	00:00


Janderson Lee M. Mota
COREN-CE 454.918 ENF



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
08/08/2019 12:31 AM
en032_02

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN	DL Nasc.: 07/08/2002	Atendimento: 61122378	Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23175872	08/08/2019 às 00:31	
Posto: POSTO 33 - HAPFOR	Leito: 3014B/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: JANDERSON LEE MACEDO MOTA (COREN 454918)			
1 - OBSERVAR			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	00:00	12:00	
Nível de Consciência	00:00	12:00	
PADRAO RESPIRATÓRIO	00:00	12:00	
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Manhã	Tarde	Noite
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	00:00	12:00	
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	00:00	12:00	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS


Janderson Lee M. Mota
COREN-CE 454.918 ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 12:40

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002

Atendimento: 61122378

Prontuário: 16332250

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 223/1

Profissional(is): Elandia Farias Feitosa, ENFERMEIRO(A), COREN 326707 [1]

Nº: 42443286 07/08/2019 às 12:26

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

ÀS 11:25HS. R.F.C.L.M., 17 ANOS. SEXO: FEMININO. ADMITIDA NA RPA PROVENIENTE DO CC, APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: OSTEOSINTESE DE FRATURA DE PÉ DIREITO COM DR THALES. SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE + SEDAÇÃO COM DRA EUZIANE. PACIENTE NEGA COMORBIDADES. NEGA ALERGIAS. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO. REPOUSO NO LEITO. DIETA POR VO. GERAL. EUPNEICA EM AR AMBIENTE. NORMOCÁRDICA, NORMOTENSA, AFEBRIL, MANTÉM AVP EM MSE PÉRVIO E FUNCIONANTE, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS PARA HV+MED+ATB(CEFALOTINA). PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS E AUSENTES NO PERÍODO. SEGUE SEM QUEIXAS SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

[1]

#SSVV:

FC=81 BPM

SPO2= 89%

PA= 114X68MMHG

R= 18 RPM

GERENCIAMENTO DE RISCO

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVADAS. MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS.

RISCO DE QUEDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP, RENOVAR ACESSO A CADA 72 HORAS, CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO. MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.

ENFA ELANDIA

326707

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Elandia Farias Feitosa
 COREN 326707 - ENF.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 23:33

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME DL Nasc.: 07/08/2002	Atendimento: 61122378	Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Leito: 3014B/1
Profissional(is): JANDERSON LEE MACEDO MOTA, ENFERMEIRO(A), COREN 454918 [1]		
Nº: 42469325 07/08/2019 às 23:27		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

R.F.C.L.M., 17 ANOS. SEXO: FEMININO. PROCEDIMENTO CIRURGICO: OSTEOSINTESE DE FRATURA DE PÉ DIREITO COM DR THALES, SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE + SEDAÇÃO COM DRA EUZIANE.

[1]

PACIENTE NEGA COMORBIDADES,
NEGA ALERGIAS.

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, REPOUSO NO LEITO, DIETA POR VO: GERAL. EUPNEICA EM AR AMBIENTE, NORMOCÁRDICA, NORMOTENSA, AFEBRIL, MANTÉM AVP EM MSE PÉRVIO E FUNCIONANTE, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS PARA HV+MED+ATB(CEFAZOLINA), PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS E PRESENTES NO PERÍODO. SEGUE SEM QUEIXAS E SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

GERENCIAMENTO DE RISCO:
RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVADAS;
MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS.

RISCO DE QUEDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO,
ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO;

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP, RENOVAR ACESSO A CADA 72 HORAS, CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO, MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.

ALERGIAS
Alergias

NEGA

[1]

AValiação de DOR
Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS
Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Janderson Lee M. Mota
COREN-CE 454.918 ENF



ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 08/08/2019 08:57

Paciente: RADUA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MEN		Dt. Nasc. 07/08/2002		Atendimento: 61122378	
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 23178977		08/08/2019 às 08:54	
Posto: POSTO 3B - HAPFOR		Leito: 3014B/1		Prontuário: 16332250	
				Peso: 65.00 kg	
1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		24/24h ORAL		CRM-8260	
2. Hidratação Venosa Fase Única VIG: 1.4		Vol. Total: 1000 ml		14.00 g/min	
SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1		1000 ml		Acesso Periférico	
3. KEFAZOL (1.00g) (D1/1)		1g		1 FRAP (FRAP C/1GR) 8/8h EV	
Água Destilada		20 ml		CRM-8260	
4. DAPIRONA AMP (500.00mg/ml)		1000mg		2 ML (AMPL C/ 500MG) Agora EV	
Água Destilada		18 ml		CRM-8260	
5. PLAMET (5.00mg/ml)		10mg		2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV	
Água Destilada		18 ml		CRM-8260	
6. PROFENID IV (100.00mg)		100mg		1 FRAP (FRAP C/ 100MG) Agora EV	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml		CRM-8260	
7. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg		2 ML (AMPL C/ 100MG) Agora EV	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml		CRM-8260	
Alta vigilância					
8. SUTURA		1		24/24h	
9. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR		1		24/24h	
10. PUNÇÃO C/UELCO				CRM-8260	
11. SINAIS VITAIS		6/6h		CRM-8260	
12. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA				CRM-8260	
13. CURATIVO COM IRUXOLIKOLAGENASE GRANDE				CRM-8260	
14. Alta em: 08/08/2019		ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO			
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA					

Profissional: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/08/2019 09:10

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002	Atendimento: 61122378	Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Leito: 3014B/1
Profissional(is): MARIA MEIRIENE ALBUQUERQUE PEREIRA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN-559488 [1]	Nº: 42479185	08/08/2019 às 09:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

[1]

CLIENTE- R.F.C.L.M., 17 ANOS, SEXO: FEMININO. HD: 1º PO
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE PÉ DIREITO COM DR THALES,
SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE + SEDAÇÃO COM DRA EUZIANE.

PACIENTE NEGA COMORBIDADES,
NEGA ALERGIAS.

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, REPOUSO NO
LEITO. EUPNEICA EM AR AMBIENTE, NORMOCÁRDICA,
NORMOTENSA, AFEBRIL. DIETA POR VO: GERAL. MANTÉM AVP EM
MSE PÉRVIO E FUNCIONANTE, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS PARA
HV+MED+ATB(CEFAZOLINA), PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM
MSD. CURATIVO LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. ELIMINAÇÕES
FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS E PRESENTES NO PERÍODO.
SEGUE SEM QUEIXAS.
ALTA HOSPITALAR.

GERENCIAMENTO DE RISCO:
RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVADAS;
MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS.

RISCO DE QUEDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO,
ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM
DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS
CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE
DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP. RENOVAR ACESSO A CADA 72
HORAS, CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO, MANTER FIXAÇÃO
ADEQUADA.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AValiação de Dor

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Não

[1]

Mª Meiriene A. P Costa
Enfermeira
COREN-CE 559.488

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 1

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61122378 Prontuário: 16332250
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/12
 Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 11332 [1] Nº: 42438404 07/08/2019 às 10:55

IDENTIFICAÇÃO

Nome	RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES	[1]
Sexo	Feminino.	[1]
Idade	17 A	[1]
Data De Nascimento	07/08/2002	[1]
Nº Atendimento	61122378	[1]

DADOS DO PACIENTE
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

ID10 Primário	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]
---------------	---	-----

COMORBIDADES
GRAU DE INDEPENDÊNCIA
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	TRATAMENTO CIRURGICO	[1]
-----------	----------------------	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES
ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	2 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Frederico Thales de Vasconcelos
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEG 11332

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 1

Paciente: **RADIJA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME** Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61122378 Prontuário: 16332250
Convênio: **HAPVIDA MATRIZ** Posto: **CENTRO CIRURGICO - HAPFOR** Leito: 133420/12

Profissional(is): **FREDERICO THALES DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM 11332 [1]** Nº: 42438524 07/08/2019 às 10:57

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCTE VEIO PARA O CC PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DE PÉ D SEM INTERCORRENCIAS.
CD VPM

[1]

CID 10

S92 FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO)

[1]

Fredrico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 42438524

08/08/2019 08:56

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002

Atendimento: 61122378

Prontuário: 16332250

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 3B - HAPFOR

Leito: 3014B/1

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

Nº: 42478632 08/08/2019 às 08:56

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PÓS OP TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PÉ D SEM
INTERCORRENCIAS.
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

[1]

CID 10

S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)

[1]

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

Nome completo (paciente): Rafaela Lacerda E. G. Gomes
 CPF: 62060817374 Data de Nasc.: 11/01/09
 Médico: _____
 CRM: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico 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.

b) Foi esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como foi esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

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

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

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico 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).

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

07 de AGOSTO de 20 19

Hora: _____

Nome legível: _____

Assinatura: [assinatura]

Grau de parentesco do responsável: Pai

CPF: 79944841315

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

[assinatura]
 Anestesiologista
 CRM-CE 20290

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

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: RODOLFA EMACILUZ - 1ª

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
60,4						Sólidos <u>Sh</u> Líquidos <u>Sh</u>	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
<u>Instalação Cirúrgica de Faringe PC (V)</u>	

ANAMNESE CLÍNICA	
Cardio-circulatório ☒ Negativo ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras	Câncer ☒ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Outras
Respiratório ☒ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras	Gravidez ☒ Negativo ☐ Idade gestacional _____ semanas
Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/diarréia ☐ Hérnia de hiato ☐ OSTE-Intestinal ☐ Outras	Crianças abaixo de 1 ano ☒ Negativo Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo ☐ Idade gestacional _____ semanas ☐ Idade pós-conceitual _____ semanas ☐ (idade gest. + idade atual)
Neurrológico ☒ Negativo ☐ Convulsões ☐ Dormência/fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras	Hábitos Sociais ☒ Negativo ☐ Tabaco Cigarros/dia ☐ Alcool ☐ Outras
Renal ☒ Negativo ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras	Alergias ☒ Negativo ☐ Tipo/Alergia: _____ Reações: _____
Hematológico ☒ Negativo ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Outras	Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo ☐ Cirurgia Anestesia Dados relevantes
Músculo-esquelético ☒ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Miosculodistrofia ☐ Outras	Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☐ Sim ☒ Não
Endócrino ☒ Negativo ☐ Diabetes tipo ☐ Patologia da tireóide ☐ Outras	Histórico familiar - problemas com anestesia ☐ Sim ☒ Não

Exame Físico
 Cardíaco _____
 Respo. 7/NDP
 Neuro _____
 Regional _____
 Outro _____

Laboratório
 Hb 14,8 Ht 43,1 Na 136
 K 3,8 Plaquetas 380 Glicose 86

Médico(a) responsável pelo cuidado da criança
LAGO

Via aérea
 História de via aérea difícil
☐ Sim ☒ Não

Mallampati
☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância estérno/mento
 _____ cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias ☒ Negativo

Tipagem sanguínea

Reserva de ☐ Coração ☒ Glób

Avaliação ASA
☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Enjargência ☐ Sim ☒ Não

Planejamento Anestésico
RASU

Comentários sobre os achados

DATA 04/08/18 **HORA** _____
ASSINATURA
Opes Silva
 FISIOLÓGICA
 CRM-CE 20290





ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 04/08/19

Nº PRONTUÁRIO: 16332250

NOME COMPLETO: Rodriguez, Francisco

DATA NASC: 04/08/02 IDADE: 17A

PESO: 55 SEXO: M

CIRURGIA REALIZADA: Exo pé direito

CIRURGIÃO: Dr. Thales

HORA DA ENTRADA NA RPA: 11:25h

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (irpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dL)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
11:25	127x81	47	18	35.2	—	85%	0	Edman
11:40	107x75	99	17	35.2	—	99%	0	Edman
11:55	113x102	94	18	35.6	—	100%	0	Edman
12:10	138x75	92	19	36.0	—	99%	0	Edman
12:25	114x68	91	19	36.2	—	100%	0	Edman
13:30	123x72	96	22	36.6°C	—	100	0	Adp Med
14:00								

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

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

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

HORA	11:25	13:00					
CONSCIÊNCIA	1	2					
ATIVIDADE	1	2					
RESPIRAÇÃO	2	2					
CIRCULAÇÃO	2	2					
SpO2	2	2					
TOTAL	8	10					

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORARIO DA ALTA DA RPA:

Raimundo Simeão

MÉDICO(A): [Assinatura]

CREMEC 7491

ENFERMEIRO(A):

Elandia Pires Feitosa
COREN-CE: 326707 - ENF.

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	RADJIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA MENDES
Data de nascimento	07/08/2002
Nome do(a) Responsável/Parentesco	RONALDO (PAI)
Procedimento a ser realizado	Fx. ANTEPE (MID)

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		DESDE 17:00h DE 06/08/19
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?	X		ANTICONCEPCIONAL (LEVEL)
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		MSD

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

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

Sinais vitais:

PA = 137x83 mmHg

FC = 111 bpm

FR = 17 L/min

SPO2 = 99%

Rafael de Sousa Damasceno
CORENCE 881335555 - TE

Local e data: Fátima 07/08/19 Horário: 09:30h.

Radjia

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal
Rafael de Sousa Damasceno
CORENCE 881335555 - TE

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário



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

Nome: Rodrya Francisco E Lima

Data Nascimento: 07/08/2002

Atendimento: 61122378

Médico: Dr Thales

Procedimento: Fratura de pé

Técnicos de sala: Ana + Patrícia

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

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERILIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA
Vertical	02.08.19	0330	478	
Plástica	06.08.19	0731	450	Tamires

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome da Caixa Cirúrgica: <u>Plástica</u>	Método de Esterilização: <u>Á VAPOR</u>
	Data da Esterilização: <u>06.08.19</u>
Nº Caixa Cirúrgica: <u>0731</u>	Data Limite para Uso: <u>06.02.20</u>
	Nº LOTE: <u>450</u>

**AS DE
OS E**

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO		Hospital Padrão	
Nome da Caixa Cirúrgica: <u>Vertical</u>	Método de Esterilização: <u>Á VAPOR</u>		
	Data da Esterilização: <u>020319</u>		
Nº Caixa Cirúrgica: <u>0330</u>	Data Limite para Uso: <u>020220</u>		
	Nº LOTE: <u>478</u>		
Assinatura e Carimbo do Responsável pelo processo: <u>[Assinatura]</u> <u>249124</u>			

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10/09/2018 - V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DA PACIENTE RADITA FRANCISLUZ LOPES DATA DO NASCIMENTO 07/08/02

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: EMG DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 07/08/19

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

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

Risco Alto: $\geq$ ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

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

RESULTADO: RISCO ALTO() RISCO MODERADO() RISCO BAIXO(Y)

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

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


 Victor Martins Gomes
 COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

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

Nome do paciente: PAOLA FRANCISCA CORREIA LIMA Data de Nascimento: 07/08/02
 Nº do prontuário: Data de admissão: 07/08/17
 Leito: M2 Data da realização da escala: 07/08/19

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	Historia da queda anterior	1	Não	1
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	1
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	1
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alerta e calmo	1
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	1
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	1
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
G	Alterações nas eliminações	4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
		1	Não	
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				7

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

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

Victor Martins Pereira
COORDENADOR
04-05

CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

(MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE)



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>Kadja Francisco L. Mendes</u>	Leito: <u>12</u> Data: <u>07/08/19</u>
Confirmação de local de destino: ☒ Sim ☐ Não	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Motivo da internação na unidade: <u>fratura antebraço</u>	
Dispositivos em uso	
☐ Não Sim, especificar: ☐ Marcapasso ☐ Bipap ☐ Bomba de infusão ☐ TQT ☒ CVP ☐ VM ☐ CVC ☐ SNG, SNE e GTT ☐ Cateter de diálise ☐ SVD ☐ Drenos	
☒ Transferência interna: ☐ Enfermaria ☐ UTI ☒ Outro: <u>CC</u>	
☐ Transferência externa: _____	
Médico assistente: _____	
AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE	
Data: <u>07/08/19</u>	Hora: <u>09:10h</u>
Avaliação de risco: Queda ☐ LP ☐ Flebite ☒ Broncoaspiração ☐ Perda de dispositivo ☒	
INTEGRIDADE DA PELE	
☒ Inteira <u>em relação à LPP.</u> Curativo: Local _____ Grau _____ ☐ Lesão por pressão, especificar Local _____ Grau _____	
MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO	
☒ Não ☐ Sim, especificar:	
☐ Anticoagulante ☐ Insulina ☐ Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína) ☐ Sedativos (ex: benzodiazepínicos)	
FC <u>89</u> bpm PA <u>120/80</u> mmHg FR <u>18</u> rpm T <u>36</u> °C SATO2 = <u>98</u> %	
NECESSIDADE DE ISOLAMENTO	
☒ Não ☐ Sim, tipo:	
☐ Contato ☐ Respiratório ☐ Reverso	
☐ Aspiração de secreções ☐ Ideal posicionamento do tubo traqueal ou traqueostomia ☐ Ideal fixação tubo traqueal ou traqueostomia ☐ Ideal ventilação pós-conexão com ventilador de transporte	
ALERGIA	
☒ Não ☐ Sim	
Medicamento: _____	
Objetos do paciente	
☒ Não ☐ Sim, Especificar _____	
PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME	
☒ Não ☐ Sim, especificar _____	
RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)	RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)
Data e hora: <u>07/08/19</u> <u>09:10h</u> <u>Deuana</u>	Data e hora: _____ _____ _____ <u>Edson Zanetti Pereira</u> <u>Enfermagem</u> <u>CCU - 10001 - CUPA 002</u>
OBSERVAÇÕES:	
Dieta	
Medicação de alto custo:	
Outros:	

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 00:17

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61113635 Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): MARIA VERIDIANA MOTA QUEIROZ, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN Nº: 42423388 07/08/2019 às 00:14
00312658 [1]

DADOS DO PACIENTE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

Hora 24:00

[1]

Hora

Descrição

PA 140X 80 MMHG
T 36°C
DX 152 MG/DL
PULSO 89
SPO2 99 %

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 02:02

 Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61113635 Prontuário: 16332250
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): VICTOR MARTINS BEZERRA, ENFERMEIRO(A), COREN 500544 [1] Nº: 42424779 07/08/2019 às 01:59

PACIENTE

Data De Admissão 07/08/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 07/08/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE PÉ DIREITO [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não. [1]

Etilista Não. [1]

Internações Anteriores NEGA [1]

Cirurgias Anteriores Não. [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados Não. [1]

Reserva de Hemoderivados [1]

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

Exames E Procedimentos Sangue. [1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Diminuído Sim [1]

Dentição Preservada. [1]

CONFORTO
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 07/08/2019 [1]

Hora 02:01 [1]

INTRA-OPERATÓRIO
PÓS-OPERATÓRIO

 Victor Martins Bezerra
 ENFERMEIRO


CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 02:06

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61113635 Prontuário: 16332250
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): VICTOR MARTINS BEZERRA, ENFERMEIRO(A), COREN 500544 [1] Nº: 42424845 07/08/2019 às 02:04

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	07/08/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	FRATURA DE PÉ DIREITO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMG TRAUMA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	NÃO.	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em UII	Não.	[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.	[1]
Tricotomia	Não.	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]
Paciente Está Em Jejum		
Quanto Tempo	HÁ MAIS DE 9 HORAS	[1]

Victor Martins Bezerra
COREN 500544 - 07



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 10:

 Paciente: **RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME** Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61122378 Prontuário: 16332250
 Convênio: **HAPVIDA MATRIZ** Posto: **CENTRO CIRURGICO - HAPFOR** Leito: 133420/12

 Profissional(is): **CASTRICIANA DANTAS DE CASTRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1279387 [1]** Nº: 42437442 07/08/2019 às 10:39

ACIENTE

Data De Admissão 07/08/2019 [1]

RÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência [1]

Data Da Cirurgia 07/08/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE PE DIREITO [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NENHUMA [1]

Nome, dosagem, frequência ANTICONCEPCIONAL [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

ONFORTO
UTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento TEC CASTRICIANA [1]

Hora 09:55 [1]

Sala 03 [1]

Condições Da Pele ao Início da cirurgia SUTURA E ESCORIAÇÕES NO MSD BRAÇO [1]

Início Da Anestesia 10:00 [1]

Término Da Anestesia == 13:00 [1]

Início Da Cirurgia 10:25 [1]

Término Da Cirurgia == 10:45 [1]

Instrumentador TEC ANA [1]

Circulante TEC CASTRICIANA [1]

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado PE DIREITO [1]

Numero Inicial De Compressas 15 UD [1]

Contagem Final De Compressas 15 UD [1]

Medicamentos/hora SEGUE FICHA DE ANESTESIA [1]

Clorexedine Alcoólico Sim [1]

Clorexedine Degermante Sim [1]

Álcool Sim [1]

Material 2 [1]

Fornecedor HAPVIDA [1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia SUTURA+CURATIVO + GESSO DE 15 [1]

Grau De Contaminação LIMPA. [1]

 Cláudia Farias Feitosa
 COREN-CE: 326707 - ENF.

SPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/08/2019 10:

Paciente: RADIA FRANCISLUZ CORDEIRO LIMA ME Dt. Nasc.: 07/08/2002 Atendimento: 61122378 Prontuário: 16332250
 Intervênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/12

Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	---	[1]

SINAIS VITAIS

Pulso	95 bpm	[1]
PA	124X74	[1]
PAM	89	[1]
FC	95 bpm	[1]

OS DADOS E SINAIS

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

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	07/08/2019	[1]
Hora	10:47	[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	PACIENTE ADMITIDA NO CC, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, NA MACA, PARA SUBMETER-SE A CIRURGIA FRATURA DE PE DIREITO COM DR THALES, SOB ANESTESIA RAQUE + SEDAÇÃO COM DRA EUZIANE, PUNÇIONADO ACESSO EM SALA EM MSE, A MESMA ENCAMINHADA PARA SRPA SEM NENHUMA INTERCORRÊNCIA, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
Intercorrências	NENHUMA	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]
Incisão Cirúrgica	INCISAO NO PE DIREITO	[1]
Dreno	NAO	[1]
Placa De Bisturi	NAO	[1]
Punções Venosas	MSE	[1]
Coxim	NAO	[1]

PÓS-OPERATÓRIO