



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	EDIVALDO SOUSA TUVENAL		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	
RG	2000010213776	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
CPF	945.276.103-25	PROFISSÃO	VIGILANTE
ENDEREÇO	RUA CARLOS WALRAVEM, 194 CS ALTOS		
BAIRRO	JARDIM GUANABARA	CEP	60410-000
MUNICÍPIO / UF	FORTALEZA - CEARÁ		
FONES	(85) 99292.6574 / (85) 99999.8556		
E-MAIL	RC527340@gmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 16 de ABRIL de 2020

Edivaldo Sousa Tuvénal
outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📍 najmasaid.adv

📍 Rua Antônio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, EDIVALDO SOUZA JOUENAL,
 Brasileiro(a), SOLTEIRO, VIGILANTE, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 2000010213776 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
945.276.103-25, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
CARLOS WALRAVEM, Nº 194, JARDIM GUANABARA,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
 com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 16 de ABRIL de 20 20

✍

Edivaldo Souza Jouenal

Declarante



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, ÉDIVALDO JOUSA JUVENAL,
brasileiro(a), FATEIRO, VIGILANTE, portador(a) do
RG nº 2000010213776, inscrito no CPF sob nº
945.276.103-25, residente e domiciliado no endereço
RUA CARLOS WALRAVEN, 194 CS ALTOS,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 16 de ABRIL de 2020

Édvaldo Jousa Juvenal
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

📧 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO

Eu, EDIVALDO SOUSA JUVENAL,
 Brasileiro(a), VIGILANTE, portador da cédula de Identidade Nº
2000010213776 E CPF Nº 945.276.103-25, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA CARLOS WALRAVEM, 194 CJ ALTOS
JARDIM GUANABARA
 na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60110-000, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
 declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
 DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
 fornecida.

Fortaleza, 16, de ABRIL, de 2020.

Edivaldo Sousa Juvenal
 DECLARANTE

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>EDIVALDO ROUSA JUVENAL</u>		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: <u>RUA CARLOS WACRAVEM, 194</u>		Profissão: <u>VIGILANTE</u>
CPF nº: <u>945.276.103-25</u>	RG n°: <u>2000010213776</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
Bairro: <u>JARDIM GUANABARA</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: CE
CEP: <u>60110-000</u>	Telefone: <u>(85) 99292-6574</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

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

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

FORTALEZA - CE, 16 de ABRIL de 2020
Edivaldo Rousa Juvenal

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

Najma Said

OAB/CE 28.394

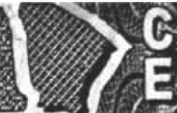
☎ 85-98799.2088/99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo

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



NOME
EDIVALDO SOUSA JUVENAL

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2000010213776 SSPDS CE

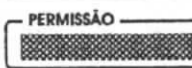
CPF
 945.276.103-25

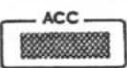
DATA NASCIMENTO
 06/04/1982



FILIAÇÃO
 EDIVAL JUVENAL ROCHA

MARIA JOSE SOUZA
 JUVENAL

PERMISSÃO


ACC


CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 06550724456

VALIDADE
 06/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
 22/01/2016

OBSERVAÇÕES

EAR;

Edivaldo Sousa Juvenal

CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 23/01/2017

Igor Vasconcelos Ponte

CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO

ASSINATURA DO EMISSOR

66011509800
CE157779793



CEARÁ



Scanned by CamScanner

Esta é a sua conta de
01/2020

Nº DO CLIENTE
4299567

VENCIMENTO
03/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
144,83

DATA EMISSÃO
27/01/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto Tarifário	Consumido Leitura 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\$)
HFP	18580,00	18421,00	159,00	0,00	0,00	0,00	1,00	159,00	159,00	0,4/6/1	118,98

DESCRIÇÃO DA CONTA

Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CP - ILUM PUB PREF MUNIC			11,58
Juros Moratórios			1,42
Consumo	150	0,74767	118,98
Adicional Band. Amarela			3,00
COB DOAÇÃO LAR TORRES DE MELO 0800 042 0			10,00

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Ponto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido: kg (CO₂) Compensado: kg (CO₂) Consciência Ecológica: (%)

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PIS/PASEP	121,88	0,4100	0,50
COFINS	121,88	1,7800	2,16
IGMS	121,88	27,00	32,91

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Band. Tarif.: Amarela - 28/12 - 27/01 SE VOCÊ RECEBER DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MES TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

ATENÇÃO

PREVIO AVISO NOTIFICADO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (R\$201012 Valor R\$175,57). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Art. 171 e 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade de no caso que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res. ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 00004299567.

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano Valor R\$

83870000001-0 44830031300-4 01508388207-1 00004299567-1



enel

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

pois Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Nome ALYNE KARLA BEZERRA GUEDES

Endereço RU CARLOS WALRAVEM 00194 CS ALTOS
60110-000 FORTALEZA JARDIM GUANABARA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 4383893-CPN-308 - FOF18U33

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B521.779F.7FDD.102A.B96C.300E.94C8.D004

CPF / CNPJ

811.855.983-72

DATAS DE LEITURA

Anterior 27/12/2019 Atual 27/01/2020 Próx. Leitura 28/01/2020

Pague sua conta até a data de vencimento. Não envie a conta para o e-mail de cobrança e não envie a conta para o e-mail de cobrança.

Para sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

DEBITO AUTOMÁTICO

ALYNE KARLA BEZERRA GUEDES
RU CARLOS WALRAVEM 00194 CS ALTOS
FORTALEZA JARDIM GUANABARA
60110-000

DADOS PARA ENTREGA

FOF18U33 4383893-CPN-308
4299567
27/01/2020 27/01/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Atendimento: 0800 285 6196
www.enel.distribuição.com.br

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em: www.enel.distribuição.com.br

Informações sobre Legislação

Consultamos aos nossos clientes que desejarem informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os procedimentos adotados para a produção de energia em todas as regiões de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIATURAS

HFP: Hora fora de ponta.
Controle: Controlada.
Região: Região.
Ultratransmissão: Ultratransmissão.
UFER: Unidade de faturamento de energia elétrica.
DMRC: Empresa máxima responsável no Rio de Janeiro.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.
FC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMRC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.
DICR: Duração de interrupções sucessivas em Dias Críticos.
Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências sucessivas supera o padrão normal.
Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme a seguinte definição: no procedimento de Distribuição Média e Baixa de poder público a distribuição a seguir dos indicadores DIC, FC, DMRC e DICR, menor que for necessário. Para mais informações entre no site: www.enel.com.br.

INFORMAÇÕES/RELAÇÕES

Região de Atendimento Enel:
Portais e Região metropolitana:
(08) 4553 4780/4086
Juazeiro: (08) 3566 2228
Ipueira: (08) 3581 1191
Limoeiro: (08) 3423 4101
Cametá: (08) 3343 2025
Solara: (08) 3577 2234
Itapipoca: (08) 3531 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1. Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 08h às 12h e das 14h às 18h, com protocolo de atendimento anterior.
2. Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará - ARS - 0800 727 0107 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
3. Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com: faltadeuz = espaço + número do cliente

enel

enel

RECEBENTE

Home: _____
Data: _____
Outros - assessor: _____
Endereço inatualizado: ☐
Casa fechada: ☐
Faltou-se a receber: ☐
Senhor Entregador: assine com "X" o motivo da devolução desta conta.
DEVOLUÇÃO DA CONTA
Motivo: _____
Assinatura: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
 Impresso nº 2019950769



BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 12147 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **27/12/2019 14:10:43**
 Data / Hora da Ocorrência: **21/10/2019 13:32:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV WLISSES GUIMARÃES, PARQUE LEBLON - CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência: **PARQUE LEBLON**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDIVALDO SOUSA JUVENAL**
 Nascimento: **06/04/1982** CPF:
 RG: **2000010213776** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA JOSE SOUZA JUVENAL**
EDIVAL JUVENAL ROCHA
 Endereço: **RUA FRANCISCO GUILHERME**
 Bairro: **BRASILIA**
 Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POP7620** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0810JR005091 Renavam: **1136399272** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
 Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **AZUL** Proprietário: **ALYNE KARLA BEZERRA GUEDES** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrita, pilotava a motocicleta já mencionada acima, quando foi colidido por um veículo Taxi de placas não anotadas; Que o declarante caiu ao solo e na queda fraturou a tibia direita e outras lesões; Que o declarante foi levado ao hospital Municipal de Caucaia por uma ambulância do Samu e posteriormente transferido para o hospital Antônio Prudente onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

VISTO DO DELEGADO(A) : LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

ALTO
JUVENIS

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

DT. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 82905776

Prontuário: 8335245

20/11/2019 17:13

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS CRM 11104 [1]

Nº: 45817360 21/10/2019 às 15:13

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTO HOJE

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

M259 TRASTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNOSTICO

CID10

M259 TRASTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO

[1]

CID10

M259 TRASTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



LEANDRO 21082

**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
62905776



20/11/2019 17:20:45

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6335245	EDIVALDO SOUSA JUVENAL	M	06/04/1982	37

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
20000010213776 SSPDS CE	94527610325		2-SOLTEIRO

Endereço
R CARLOS WALRAVEM, 194 - JARDIM GUANABARA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
992926574	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
68983001512005032		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
21/10/2019	15:07		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

LEANDRO 21082

ANTONIO
FRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO FRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62905776

20/11/2019 17:13

Prontuário: 6335245

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

Leito: 133227/4

Profissional(is): EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS CRM 11104 (1)

Nº: 45824422 21/10/2019 às 17:14

ANAMNESE

Queixa Principal

tx do tornozelo, solicito tto cirurgico

(1)

LEANDRO 21082

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

OK

21/10/2019 18:18:05

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6335245	EDIVALDO SOUSA JUVENAL	M	06/04/1982	37
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20000010213776 SSPDS CE	94527610325		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA-CE CEP:61111111				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
992926574		MARIA JOSE SOUZA JUVENAL		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
21/10/2019	18:11		
Médico Atendente			Clinica
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			0 INTERNACAO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	SERVNAC SEGURANCA LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
83001512005032		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
RPA - RECUPERACAO HEMODINAMICA	RPAH01 LEITO 01	01	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
42975340	99996666	D35857184	INTERNACAO
42975340	30728126	D35857164	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
42975340	30728142	D35857762	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
42975340	30732026	D35857823	ENXERTO OSSEO

RISCO QUEDA

ALERGIA

Thalyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 437173 ENFThalyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 437173 ENF

ANTONIO
PRUDENTE**NOTA DE SALA**

1778527

Atendimento:	62910582	Prontuário:	6335245	EDIVALDO SOUSA JUVENAL	HAPVIDA
Cirurgia(s):	30728126	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO	30732028	ENXERTO OSSEO	
	30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 01	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	30138
Equipe Médica:	CIRURGIÃO	2874640	DEGINALDO HOLANDA CHAVES	CRM	13202
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	39256786	JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	CRM	12051
	ANESTESISTA	3748925	GUSTAVO NOGUEIRA BARRETO	CRM	59197

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Material Médico-Hospitalares					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	34790	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	2
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4 5 - 1 UD	1	35064	BUSCOPAN COMPOSTO AMPL 5 ML AMPL 5 ML	1
84948	AGULHA DESC DE RAQUE N 27 - 1 UD	1	139799	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	154754	DEXTROCEAMINA 100MG/2ML INJ FRAP AMPL 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	38075	DIAZEPAM 10MG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	38008	DIPRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5 ML AMPL 5 ML	2
51063	ALGODAO HIDROFLO 500 GR	40	42099	KEFLIN FRAP 1 UD	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL CH - 1 UD	5	48194	MARCAINA PESADA 0.5% AMPL 1 UD	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1.30X1.50 - 1 UD	2	43280	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	2
61868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	143303	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 ML	2
135865	CLOREXEDINA 0.2% AGUOSA FRAS 1000 ML	200	43900	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	83941	SUFENTANILA 10MCG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 1 UD	1
112712	CLOREXEDINA BERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	45250	XYLOCAINA S/A 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
168880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	7			
134084	EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100			
31771	ETER ETILICO (UCOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
119496	FIO MONONYLON (11637) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	1	19	TAXA DE SALA	Início: 22:50 Fim: 00:20
119133	FIO J&J MONONYLON (N20357) - ETHILON*BLACK 2- ENV 1 UD	1	4	TREPANO	Início: 22:50 Fim: 00:20
32747	FIO J&J VICRYL (4058H) - VICRYL VIT 3-0 70CM - 1 UD	1	20	OXIGENIO	Início: 22:50 Fim: 00:20
167806	FIO Q 1&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4 - ENV 1 UD	1	15	BISTURI ELETRICO	Início: 22:50 Fim: 00:20
165566	FIO Q-PG130X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1	15	MONITORIZACAO	Início: 22:50 Fim: 00:20
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 22:50 Fim: 00:20
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	3			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
30631	LUVA DESC ESTERIL N 7.5 - 1 PA	1			
30650	LUVA DESC ESTERIL N 7.5 - 1 PA	4			
30678	LUVA DESC ESTERIL N 8.0 - 1 PA	4			
50827	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	200			
97209	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3.5MM - 1 UD	9			
27480	PLACA 1/3 TUB PARA CIRURGIA - 1 UD	1			
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	10			
30907	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
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	1			
50881	TORNEIRA 01 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
26430	ULTRA GEL OL 5000 GR	30			

Data: 21/10/2019

Cirurgião: DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Anestesiista: GUSTAVO NOGUEIRA BARRETO

Pag. 1 de 1

BOLETIM DE CIRURGIA

Página

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 8335245

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 45839960 22/10/2019 às 00:09

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S826

Diagnóstico Cirúrgico S827

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 22/10/2019

Hora Da Cirurgia 00:09

Cirurgia TRATAMENTO CIRURGICO DE TORNOZELO DIREITO

Cirurgião DR DEGINALDO HOLANDA

1º Auxiliar DR JOSE NEIAS

Anestesista DR GUSTAVO

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTESICO
2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSICAO DE CAMPOS
3. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DO MIE COM FAIXA DE ESMARCH
4. ACESSO LATERAL AO TORNOZELO DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS E HEMOSTASIA
5. IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA DO MALEOLO LATERAL, REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5MM 7 FUIROS, COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM
6. ACESSO MEDIAL AO TORNOZELO
7. REDUÇÃO CRUENTA DO MALEOLO MEDIAL + FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM
8. REALIZADO REPARO DE LESÃO LIGAMENTAR MEDIAL DO TORNOZELO COM PONTOS TRANSOSSEOS E REPARO LIGAMENTAR DA SINDESMOSE COM 1 PARAFUSO CORTICAL 3,5MM
9. RETIRADO ENXERTO OSSEO DA CORTICAL ANTERIOR DA TIBIA E COLOCADO NO FOCO DA FRATURA
10. CONTROLE DE IMAGEM
11. LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO
12. SUTURA POR PLANOS
13. CURATIVO + TALA GESSADA
14. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH
15. ENCAMINHADO PARA SRPA EM BOM ESTADO GERAL

Códigos Dos Procedimentos

30728126 - FRATURA
30728142 - REPARO LIGAMENTAR
30732026 - ENXERTO

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMBO 13202 / 801

Dr. José Neias A. Ribeiro
Ortopedia Traumatologia
CRM: 12051 TEOT: 16094

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

22/10/2019 00:

PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Paciente: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Profissional(is): ELIZANGELA DA SILVA SOUSA, ENFERMEIRO(A), COREN 446017 [1]
ELIZANGELA DA SILVA SOUSA COREN 446017 [2]

Nº: 45840401 22/10/2019 às 00:32

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO.	[1]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[1]
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Chechagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Chechagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento devidamente Realizados	SIM.	[2]
---	------	-----

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

22/10/2019 00:

SPITAL ANTONIO PRUDENTE LTUA - HAPFOR

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Intervenção: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas SIM. [2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondicionada 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]



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO

Paciente: EDVALDO SOUSA JUVENAL

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrição médica diárias com carimbos e assinaturas? Sinalizar pendência de medicação alto custo, medicação não padrão e dieta especial, se houver.	X		
Sinalizar pendência de parecer médico, se houver, isolamento e cuidados paliativos		X	
Apazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepre verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações chegadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipos, sonda e BICs.	X		
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	X		
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.		X	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.		X	
Procedimentos de enfermagem tais como: (curativos, punção venosa, sondagens, AVAS e etc). E procedimentos médicos como: (paracentese, drenagem de tórax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?	X		
Existe acompanhamento dos registros? fechamento de B.H em sistema?	X		
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Inclusive para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.	X		
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		IDENTIFICADO!
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	X		S/ QUEIXAS

Assinatura do enfermeiro Luana Vieira Campos
ENFERMEIRO - C.R.E.N. 10.013/2013-ENF

Assinatura do enfermeiro Líder _____

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Idade: 28 ANOS

Diagnóstico: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINÂMICA

Dieta: GERAL - ADULTO / PARA A IDADE

Dt. Nasc. 06/04/1982

Nº Prescrição: 24296291

21/10/2019 às 22:40

Atendimento: 52910582

Prontuário: 6335245

Peso: 90.00 kg

Leito: RPAH01/3013.7

3/3h ORAL

Hidratação Venosa		Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	CRM-13202	
ORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83		500 ml	500 ml	6/6h	EV	CRM-13202	
CEFALOTINA (1.00g)			1 FRAP	(FRAP C/ 1GR)	6/6h	EV	CRM-13202	
D1/2)		Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	100 ml	8/8h	EV	CRM-13202	
CEETOPROFENO IV (100.00mg)			100mg	1 FRAP	(FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV	CRM-13202
		Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	100 ml	6/6h	EV	CRM-13202	
DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)			1000mg	2 ML	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	CRM-13202
		Água Destilada	18 ml	18 ml	8/8h	EV	CRM-13202	
TRAMADOL (50.00mg/ml)			100mg	2 ML	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	CRM-13202
		Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	100 ml	8/8h	EV	CRM-13202	
Alta vigilância			10mg	2 ML	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	CRM-13202
PLAMET (5.00mg/ml)			10mg	2 ML	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	CRM-13202
		Água Destilada	18 ml	18 ml				CRM-13202
SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO							CRM-13202	
CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE ACOCHOADA							CRM-13202	
PUNÇÃO C/ JELCO							CRM-13202	
SINAIS VITAIS							CRM-13202	
GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS							CRM-13202	
RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC							CRM-13202	
CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MÉDIO							CRM-13202	
COMPRESSÃO COM ÉTER							CRM-13202	

Profissionais: CRM-13202

DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 / RDC 8123

Caro Dr. Deginaldo
Cópia para o Dr. Deginaldo

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**Página 1 de 1
22/10/2019 01:35

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL	Dt. Nasc.: 06/04/1982	Atendimento: 62910582	Prontuario: 6335245
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24297481	22/10/2019 às 01:34	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 222/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Mantido: [1] OK

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS Mantido:

Sarah Joliana
Sarah Joliana Saunders Guedes
Enferm - CE 521.482 - FMT

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**Página 1 de 1
22/10/2019 01:36 AM

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nasc.: 06/04/1982 Atendimento: 62910582 Prontuario: 8335245
Convênio: HAPVIDA N° Prescrição: 24297567 22/10/2019 as 01:35
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO PÓS ANES Leito: 222/1
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)

1 - ADMITIR/INSTALANDO

OXÍMETRO DE PULSO

Mantido

MONITOR CARDÍACO

Mantido

2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO

PADRÃO RESPIRATÓRIO

Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah J. Saunders Guedes
Sarah J. Saunders Guedes
22/10/2019 01:36 AM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEMPágina 1 de 1
22/10/2019 01:36

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nascimento: 06/04/1982 Atendimento: 62910582 Prontuário: 6335246
Sobrenome: HAPVIDA Nº Prescrição: 24297548 22/10/2019 às 01:35
Motivo: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES Leito: 222-1 Enfermeiro(a): TAYANE MATOS DE SOUSA
Indicação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO
Observações:

RISCO DE QUEDA

Relacionado a: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
DEFICIT MOTOR

EM LITO E GRADES LATERAIS Mantido:

ADAS Mantido:

RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
DOENÇAS CRÔNICAS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OUAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:

Tayane
6335246 222

PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/10/2019 01:37 AM

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuario: 6335245

Convênio: HARVIDA

Nº Prescrição: 24297551

22/10/2019 às 01:36

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES

Leito: 222/1

Prescrição: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA

Profissionais: TAYANE MATOS DE SOUSA (COREN 546212)

INSPECIONAR/ REGISTRANDO

Nível de Consciência

Mantido

Nível de Orientação

Mantido

Sinais Vitais - Frequência Respiratória

00:00 06:00 12:00 18:00

Sinais Vitais - Temperatura

00:00 06:00 12:00 18:00

Medicações

Manhã Tarde Noite

Assão Arterial

00:00 06:00 12:00 18:00

Atividade Motora

Manhã Tarde Noite

Observação da Dieta

Manhã Tarde Noite

Sinais Vitais - Frequência Cardíaca

00:00 06:00 12:00 18:00

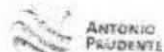
PROCEDIMENTOS REALIZADOS

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**Página 1 de 1
21/10/2019 10:43 PM

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL	Dt. Nasc.: 08/04/1982	Atendimento: 62910582	Prontuário: 5335245
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24296327	21/10/2019 às 22:43	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINÁ	Leito: RPAH01/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Monitorado		
MONITOR CARDÍACO	Monitorado		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Monitorado		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - ENF

ANTONIO
PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 01:32

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 222/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 45841244 22/10/2019 às 01:32

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

01:32 - E.S.J., 37 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO
POI DE FRATURA DO TORNOZELO COM DR DEGINALDO E SOB
ANESTESIA RAQUI COM DR GUSTAVO. ENCONTRA-SE ACORDADO,
CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE,
SEM QUEIXAS ALGICAS. COM AVP EM MSE E PULSEIRA DE
IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO INTEGRAL, LIMPO E SECO.
DIURESE ESPONTANEA. SSVV: PA: 111 X 67 MMHG. FC: 80 BPM. FR:
16 MRP. SATO2: 99%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

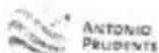
Sim

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - ENF

[1]

[1]

[1]



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 22:39

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nasc.: 06/04/1982 Atendimento: 62910582 Prontuario: 6335245
Convenio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1
Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 45837817 21/10/2019 22:39

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

22:39 - E.S.J. 37 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA DE PRÉ-OPERATÓRIO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM FRATURA DO TORNÓZELO COM DR. DEGINALDO ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE, COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD E COM AVP. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. TOMOU BANHO PRÉ-OPERATÓRIO. SSVV. PA: 142 X 84 MMHG. FC: 105 BPM, FR: 18 MRPM. SATO2: 100%. AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AGUARDA-DA PARA O CC. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
Enfermeira - COREN 521482 - ESE

[1]

[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Protocolo: 20235245

Peso: 90.00 kg

12/10/2019 às 09:06

Leitor: 301382

1. DIETA GERAL-ADULTO-PARA A IDADE

CRM-8260

2. Hidratação Venosa Fase Única

Ativo Penicilico

3. SORO FISIOLÓGICO 0.9%

7.00 g/min

3. CEFALOTINA (1.00g)

66h

EV

CRM-8260

4. PI AMET (5.00mg/ml)

FV

CRM-8260

5. CETOPROFENO IV (100.00mg)

FV

CRM-8260

6. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

EV

CRM-8260

7. TRAMADOL (50.00mg/ml)

SN

CRM-8260

Alta vigilância

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

CRM-8260

9. CURATIVO MEDIO+SE+GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-8260

10. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

CRM-8260

11. SINAIS VITAIS

SN

CRM-8260

12. GELQ 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-8260

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-8260

14. CURATIVO COM ATADURA LGAZ ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-8260

15. COMPRESSÃO COM ETER

SN

CRM-8260

17. Alta em: 22/10/2019

ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO

Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Profissionais: CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Rafael Bezerril Nogueira

CRM-8260 / Traumatologia

12/10/2019 às 09:06

RP1547

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

IP 142 85 4 101

22/10/2019 09:06

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página: 0

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 08

Médico(a): EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335246

Médico(a): HAPVIDA

Posto: POSTO 3B - HAPFOR

Leito: 3013B/2

Enfermeiro(a): DIONES DOS REIS PINHEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 517893 [1]

Nº: 45848105 22/10/2019 às 08.22

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

E.S.J., 37 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO POSTO 3B PROVENIENTE DA RPA.
HD: 2º PO DE FRATURA DO TORNOZELO COM DR. DEGINALDO E SOB ANESTESIA RAQUI COM DR. GUSTAVO.
NEGA ALERGIA E COMORBIDADES.
ENCONTRA-SE AÇORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, ACEITA DIETA GERAL OFERTADA, MANTÉM AVP EM MSE, PARA HV+TM+ATB (CEFALOTINA D2/D2), SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, PELE ÍNTEGRA PARA LPP, MANTÉM CURATIVO EM FQ ÍNTEGRO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS AUSENTES NO PERÍODO, SEM SEM QUEIXAS E SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 a 10)

0

[1]

EXAMINATIVOS

Circulação Venoso Periférico

Sim

[1]

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 45837713 21/10/2019 às 22:36

IDENTIFICAÇÃO

Nome EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Sexo Masculino.

Idade 37 A 6 M

Data De Nascimento 06/04/1982

Nº Atendimento 62910582

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal OSTEOSINTESE DE TORNOZELO DIR

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias 2 Dias

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
CRM/EC 13202-4/RG 8123

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 45837875 21/10/2019 às 22:42

DIAGNÓSTICOS

CID10

S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Cirurgião

DR DEGINALDO HOLANDA

Tipo De Anestesia / Sedação

RAQUI

Data da Cirurgia

21/10/2019


Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM 13202 / RPA 8123

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Vivendo: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Assinatura: DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 45839912 22/10/2019 às 00:08

GISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DE TORNOZELO
DIREITO, PROCEDIMENTO TRANSCORRIDO SEM
INTERCORRENCIAS. CD: A SR

CID 10

S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM 13202 / RGT 6129

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1

HAPFOR - HAPFOR ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuario: 6335245

Localidade: HAPVIDA

Posto: POSTO 3B - HAPFOR

Leito: 3013B/2

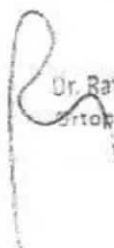
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]

Nº: 45850447 22/10/2019 às 09:06

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PÓS-OP DE FRATURA DE TORNOZELO
EVOLUI ESTÁVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR COM ATB, AINES, E ANALGÉSICO


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



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Leandro Silva

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: 07-111-111

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
83	164					Sólidos <u>6h</u> Líquidos <u>2h</u>	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

ORIGEM / PRECIPITANTE: Transfusão de sangue e plasma

DIAGNÓSTICO: Infarto do miocárdio

Cardio-circulatório ☒ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras ☒ Negativo ☐ Valvulopatia ☐ Arritmia ☐ Angiopatia ☐ DVP ☐ AAA	Respiratório ☒ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras ☒ Negativo ☐ Asma ☐ Tuberculose ☐ DPOC	Gastrointestinal/hepático ☒ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/ diarreia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obst. Intestinal ☐ Outras ☒ Negativo ☐ Gastrite ☐ Hepatite ☐ Ictericia ☐ Cirrose	Neurológico ☒ Convulsões ☐ Dormência/ fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras ☒ Negativo ☐ AVC ☐ Cefaléia ☐ PIC	Renal ☒ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras ☒ Negativo ☐ Diálise	Hematológico ☒ Transfusão prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Outras ☒ Negativo ☐ Coagulopatia ☐ Anemia	Músculo esquelético ☒ Dor lombar ☐ Musculodistrofia ☐ Outras ☒ Negativo ☐ Artrite	Endócrino ☒ Diabetes tipo _____ ☐ Patologia da tireóide ☐ Outras ☒ Negativo	Câncer ☒ Quimioterapia ☐ Outras ☒ Negativo ☐ Radioterapia	Infecioso ☒ HIV ☐ Outras ☒ Negativo	Gravidez ☒ Idade gestacional _____ semanas ☒ Negativo	Crianças abaixo de 1 ano ☒ Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☒ Negativo	Termo ☒ Pré-termo: ☐ Idade gestacional _____ semanas ☐ Idade pós-conceitual _____ semanas ☐ (idade gest. - idade atual)	Hábitos Sociais ☒ Tabaco ☐ Alcool ☐ Outras ☒ Negativo ☐ Cigarros/dia ☐ Drogas	Alergias ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	Tipo/Agente	Reação							Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes										Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☐ Sim ☒ Não	Histórico familiar - problemas com anestesia ☐ Sim ☒ Não	Exame Físico Cardíaco _____ Resp. _____ Neuro _____ Regional _____ Outro _____	Laboratório <table border="1"> <tr> <th>Hb</th> <th>Ht</th> <th>Na</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th>K</th> <th>Plaquetas</th> <th>Glicose</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Hb	Ht	Na				K	Plaquetas	Glicose				Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia) <u>A/15</u> _____ _____ _____ _____	Via aérea História de via aérea difícil ☐ Sim ☒ Não	Mallampazi ☐ I ☐ II ☐ III ☒ IV	Distância esterno/mento _____ cm	Dentição/Prognatismo _____	Outros _____	Hemorragias ☒ Negativo	Tipagem solicitada _____	Reserva de _____ U Conc. Glob	Avaliação ASA ☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI	Emergência: ☐ Sim ☒ Não	Planejamento Anestésico <u>Halotano</u>
Tipo/Agente	Reação																																																														
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																																																													
Hb	Ht	Na																																																													
K	Plaquetas	Glicose																																																													

Comentários sobre os achados

21/01/2020 12:00

Gustavo Nogueira Barreto
Médico
CRM - 19702

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 15/07/2020 às 12:17, sob o número 02387115020208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238711-50.2020.8.06.0001 e código 6DA25B5.



Nome completo Edivaldo Sousa Junior Data de nascimento 06.04.82 Número do registro profissional

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data 22/10/19 Hora 19h Unidade de origem RPA Unidade de destino SC13-2
Responsável pelo transporte ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta ☒ MAC

SITUAÇÃO

Motivo da transferência alta médica
Diagnóstico(s) Fratura de fêmur
Sinais Vitais PA 110/70 mmHg FC 70 bpm FR 16 rpm T 36,5 °C
SpO2 98 % Escala de dor 2
Medicamentos em uso Não
Riscos gerenciados ☐ Não se aplica ☒ Fiebre ☐ TEV ☐ IPP ☐ Queda ☐ Outros
Protocolos gerenciados ☒ Não se aplica ☐ Sepsis ☐ Dor torácica ☐ Outros
Suporte de oxigênio ☒ Não ☐ Sim ☐ Cateter ☐ Máscara ☐ Nebulização ☐ U/min ☐ Ventilação mecânica
Acessos vasculares ☐ Não ☐ Sim ☐ ICVC ☒ IVP ☐ PICC ☐ Port a cath ☐ Outros
Sondas, drenos, ostomias ☒ Não ☐ Sim Qual? Não
Outros dispositivos ☒ Não ☐ Sim Qual? Não
Lesão de pele ☒ Não ☐ Sim Local Não Estágio Não
Curativos ☐ Não ☒ Sim Qual produto? Não
Precaução ☒ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Aerossóis ☐ Gotículas
Monitorização ☒ Não ☐ Sim Qual? Não
Nível de consciência ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso
Locomoção ☐ Deambula sem auxílio ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado
Transporte utilizado ☐ Cadeira de rodas ☒ Maca ☐ Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes ☒ Não ☐ Sim ☐ HAS ☐ DM ☐ JAVC ☐ IDPOC ☐ Outros
Alergias ☒ Não ☐ Sim Qual? Não
Procedimentos realizados ☒ Não ☐ Sim Qual? Não
Valores, crenças, barreiras ☒ Não ☐ Sim Qual? Não Data 22/10/19

AValiação

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

S/S

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências

☒ Não ☐ Sim Qual(s)? Não

Exames Pendentes

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Origem Juliano SC13-2

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino

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

Foi realizado o exame ☐ Não ☐ Sim
Paciente apresentou intolerância durante o exame ☐ Não ☐ Sim Qual? Não
Conduta imediata ☐ Não ☐ Sim Qual? Não
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? ☐ Não ☐ Sim
Sinais Vitais PA 110/70 mmHg FC 70 bpm FR 16 rpm T 36,5 °C

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 15/07/2020 às 12:17, sob o número 02387115020208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238711-50.2020.8.06.0001 e código 6DA25B5.



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 22 / 10 / 19

Nº PRONTUÁRIO: 6335245

NOME COMPLETO: Edivaldo Sousa Junior

DATA NASC: 06/04/82 IDADE: 37 PESO: _____ SEXO: ☒ M () F

CIRURGIA REALIZADA: Prostetura de tornozelo

CIRURGIÃO: Desigualdo HORA DA ENTRADA NA RPA 00:30

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (irpm)	TEMPERATURA (°C)	GLICEMIA (mg/dL)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
00:30	101 x 60	84 bpm	13 irpm	35,5°C	-	96%	0	Adm.
00:45	100 x 62	81 bpm	18 irpm	35,7°C	-	93%	0	Adm. 1267810
01:00	111 x 67	80 bpm	13 irpm	35,8°C	-	99%	0	Adm. 1267810
01:15	112 x 69	81 bpm	13 irpm	36,1°C	-	99%	0	Adm. 1267812
01:30	119 x 79	87 bpm	13 irpm	36,2°C	-	97%	0	Adm. 1267810
02:00	102 x 51	79 bpm	13 irpm	36,4°C	-	98%	0	Adm. 1367812
02:30	106 x 69	76 bpm	18 irpm	36,4°C	-	98%	0	Adm. 357829

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

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK	HORA	02:00					
	CONSCIÊNCIA	2					
	ATIVIDADE	1					
	RESPIRAÇÃO	2					
	CIRCULAÇÃO	2					
	Spo2	2					
	TOTAL	9					

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO DA ALTA DA RPA:

MÉDICO(A): Gustavo Nogueira Médico
CRM - 19702

ENFERMEIRO(A): Yliana

 ANTONIO PRUDENTE	AValiação DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10.09.2018 - V.07	
	Código: FORMULÁRIO: 013	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1	Data da Elaboração: 20/03/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Estrela Sora Jovene DATA DO NASCIMENTO: _____
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Emy DATA DA ADMISSÃO/AValiaÇÃO: 21/10/19

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”

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

Risco Alto: 16 ou mais pontos (maior ou igual a 16) Risco Moderado: Entre 7 e 15 Risco Baixo: 6 ou menos (menor ou igual a 6)

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

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Realizar a avaliação do risco de déficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informar aos familiares ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização da equipe de enfermagem em casos de suspeitas (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Passa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e curtos;
6. Higiene oral com loxexima 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 responsável;
9. Pacientes de risco moderado ou alto: informar ao médico para solicitar avaliação da fonaudiologia.

Luana Vieira Campos
 ENFERMEIRA

Colimpo a assinatura por enfermeiro(a)

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

Nome do paciente: <u>Edisilde Sousa Junior</u>	Data de Nascimento: <u>21/10/19</u>
Nº do prontuário: <u>69</u>	Data de admissão: <u>21/10/19</u>
Leito: <u>69</u>	Data da realização da escala: <u>21/10/19</u>

Item	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História de queda anterior	1	Não	0
		4	Sim	
B	Condições Crônicas	1	Doenças crônicas	0
		2	Doenças crônicas	
		3	Doença oportunistas	
		4	Doença medicamentosa	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	0
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		4	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
D	Estado psicológico cognitivo	1	Alerta e calmo	0
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Capacidade funcional de marcha	1	Sim, com comprometimento funcional	0
		2	Sim, comprometido	
		3	Com dificuldade visual	
		4	Com dificuldade sensorial	
F	Autonomia, equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	0
		2	Ausado	
		3	Locomove-se apenas com ajuda	
		4	Locomove-se com cadeira de rodas	
G	Atividade, equilíbrio corporal	1	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	0
		2	Locomove-se se apoiando no mobiliário	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
		4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	
H	Atividade, equilíbrio corporal	1	Sim	0
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				

RISCO BAIXO - 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
Anticoagulantes	Acidente vascular cerebral prévio	Neutropenia
Anti-arrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmoses
Anti-histamínicos	Intoxicação	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Catarata
Diuréticos	Síndrome	Tuberculose
Laxativos	Dor intensa	Hanseníase
Relaxantes musculares	Baixo índice de massa corpórea	Meningite
Vasodilatadores	Anemia	
Hipoglicemiantes orais	Insônia	
Insulina	Artrose	
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)	Osteoporose	
	Aterações metabólicas (EX: hipoglicemia)	

Fonte: Ministério da Saúde/ANVISA/Portaria (Protocolo de Prevenção de Quedas: 2013 - Anexo 1)

Luana Vieira Campos
COREN-CE 399.736-6



Nome completo: Edilson de Souza Pereira Data de nascimento: 16/04/82 Número do registro: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 11/10/19 Hora: 19:30 Unidade de origem: Itano Unidade de destino: EC
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S	Motivo da transferência:	<u>Ampliar</u>		
	Diagnósticos:	<u>E. alba torçãozelo (D)</u>		
	Sinais Vitais: PA <u>130x70</u> mmHg FC: <u>99</u> bpm FR: <u>18</u> rpm T: <u>37,5°C</u>			
	SpO2 % Escala de dor			
	Medicamentos em uso			
	Riscos gerenciados	() Não se aplica (x) Flebite () TEV () LPP () Queda () Outros:		
	Protocolos gerenciados	() Não se aplica () Sepse () Dor torácica () Outros:		
	Suporte de oxigênio	() Não () Sim () Cateter l/min () Nebulização l/min () Ventilação		
	Acessos vasculares	() Não (x) Sim () CVC (x) VCP () PICC () Port a cath () Outros		
	Sondas, drenos, ostomias	() Não () Sim Qual?:		
	Outros dispositivos	() Não () Sim Qual?:		
	Lesão de pele	() Não () Sim Local: Estágio:		
	Curativos	() Não (x) Sim Qual produto?: <u>Ala</u>		
	Precaução	() Não () Sim () Contato () Aerossóis () Gotículas		
	Monitorização	(x) Não () Sim Qual?:		
Nível de consciência	() Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso			
Locomoção	() Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado			
Transporte utilizado	() Cadeira de rodas () Maca () Incubadora de transporte			

BREVE HISTÓRICO

B	Antecedentes	() Não () Sim () HAS () DM () AVC () DPOC () Outros
	Alergias	(x) Não () Sim Qual?:
	Procedimentos realizados	(x) Não () Sim Qual? Data: _____
	Valores, crenças, barreiras	(x) Não () Sim Qual?:

AValiação

A	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	

RECOMENDAÇÕES

R	Recomendações especiais e pendências	(x) Não () Sim Qual(is)?
	Exames Pendentes:	

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

Foi realizado o exame: () Não () Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual:
Conduta Imediata: () Não () Sim Qual:
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? () Não () Sim
Sinais Vitais: PA mmHg FC bpm FR rpm T: °C



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

Nome: Edvaldo Sousa Junior
Data Nascimento: 06/04/82
Atendimento: 62910582

Médico: Dr. Degenaldo

Procedimento: fratura do tornozelo

Técnicos de sala:

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

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA
<u>trepano</u>	<u>21/10/19</u>	<u>0835</u>	<u>11713</u>	
<u>troupe</u>	<u>20/10/19</u>	<u>0809</u>	<u>84x2</u>	
<u>Vesical</u>	<u>20/10/19</u>	<u>0813</u>	<u>848x2</u>	

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

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Á VAPOR

21-10-19

21-04-20

117-3

0835

92393420000

0835

92393420000

E IMPRESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Nome do Paciente: <u>EDEVALDO SOUSA JUVENAL</u>
Data de Nascimento: _____ Data de Internação: _____

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao (s) exame (s)/ procedimento (s) a ser (em) realizado (s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame (s)/ procedimento (s).

Eu, _____, inscrito no CPF sob o N° _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento (s): FRATURAS TIBIAIS para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisíveis (eis) ou fortuitas. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ RG: _____

Data de Nascimento: 1 / 1 / _____ Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, 21 de 10 de 20 19.

EDEVALDO SOUSA JUVENAL
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, _____, CRM N° _____, médico (a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, 21 de 10 de 20 19.

Dr. Deglajado Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Ortopedia
Assinatura/ Carimbo do Médico
CRM 13.000 / RQE 8123



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 17:30

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62905776

Prontuário: 6335245

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/2

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 45825322 21/10/2019 às 17:30

PACIENTE

Data De Admissão 21/10/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência [1]

Data Da Cirurgia 21/10/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto PRÉ-OP DE FRATURA DE TORNOZELO [1]

Pulseira De Identificação MSD [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista NÃO. [1]

Etilista NÃO. [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

Jejum Sim [1]

Luana Vieira Campos
COREN-CE 399733-ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 8335245

Revênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Assinal(is): ELIZANGELA DA SILVA SOUSA, ENFERMEIRO(A), COREN 448017 [1]

Nº: 45840459 22/10/2019 às 00:36

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome, dosagem, frequência NEGA

Alergia- Descrição NEGA

CONFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 22/10/2019

Hora 00:37

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Procedimentos Intervencionistas e Cirúrgicos FRATURA DO TORNOZELO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento ELIZANGELA

Hora 22:40

Sala 08

Condições Da Pele ao início da cirurgia COM IMOBILIZAÇÃO

Início Da Anestesia 22:50

Término Da Anestesia 00:20

Início Da Cirurgia 23:20

Término Da Cirurgia 00:15

Instrumentador DANIELA

Circulante ELIZANGELA

Posição do paciente durante o ato operatório Ortopédica.

Membro Ou Lado A Ser Operado TORNOZELO DIREITO

Número Inicial De Compressas 15 UD

Número Total De Compressas Inseridas 15 UD

Clorhexedine Alcoólico Sim

Clorhexedine Degermante Sim

Tipo Elétrico.

Grau De Contaminação Limpa.

Encaminhamento Do Paciente SRPA.

Encaminhamento Do Paciente

Horário De Saída Da S.O 00:30

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

PACIENTE ADMITIDO NO CC PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO COM ANESTESIA ROQUE E SEDAÇÃO. SEGUI PARA RPA SEM ONTECORRENCIA.



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 17:32

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nasc.: 06/04/1982 Atendimento: 62905776 Prontuário: 6335245
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/2
 Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1] Nº: 45825463 21/10/2019 às 17:32

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	21/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRÉ-OP DE FRATURA DE TORNOZELO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	[1]
Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	NÃO.	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM.	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	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 se aplica.	[1]
Banho Pre-Operatório	SIM.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]

Luana Vieira Campos
 2020/10/21 17:32



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
63152483



fls. 59

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

20/11/2019 17:20:58

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
5335245	EDIVALDO SOUSA JUVENAL	M	06/04/1982	37
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20000010213776 SSPDS CE	94527610325		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CARLOS WALRAVEM,194 - JARDIM GUANABARA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
992926574				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA	COLETIVO
Carteira	Validade	
68983001512005032		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
31/10/2019	11:01		4 CONSULTA RETORNO
Medico Atendente			Clinica
1630440 MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO			6-TRAUMATOLOGICA
Medico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA - (1,10) MARLENE ARAUJO FERREIRA



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/11/2019 17:19

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL	Dt. Nasc.: 06/04/1982	Atendimento: 63152483	Prontuário: 6335245
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO CRM 10790 [1]	Nº: 46278530	31/10/2019	às 11:17

ANAMNESE			
Queixa Principal	FRATURA TIBIA DIR		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		[1]
CID10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
63182127



fls. 61

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

20/11/2019 17:21:07

Prontuário 6335245	Nome do Paciente EDIVALDO SOUSA JUVENAL	Sexo M	Nascimento 06/04/1982	Idade 37
RG 20000010213776 SSPDS CE	CPF 94527610325	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R CARLOS WALRAVEM, 194 - JARDIM GUANABARA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111				
Telefone Residencial 992926574	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA	SERVNAC SEGURANCA LTDA 14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira 68983001512005032	Validade		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 01/11/2019	Hora 12:33	Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente 2132184 FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA			Clinica 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

20/11/2019 17:00

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 63182127

Prontuário: 6335245

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1]

Nº: 46330400 01/11/2019 às 12:37

ANAMNESE

Queixa Principal

POS OP DE FX TORNOZELO DIREITO - RETORNO DR DEGINALDO [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

CID10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

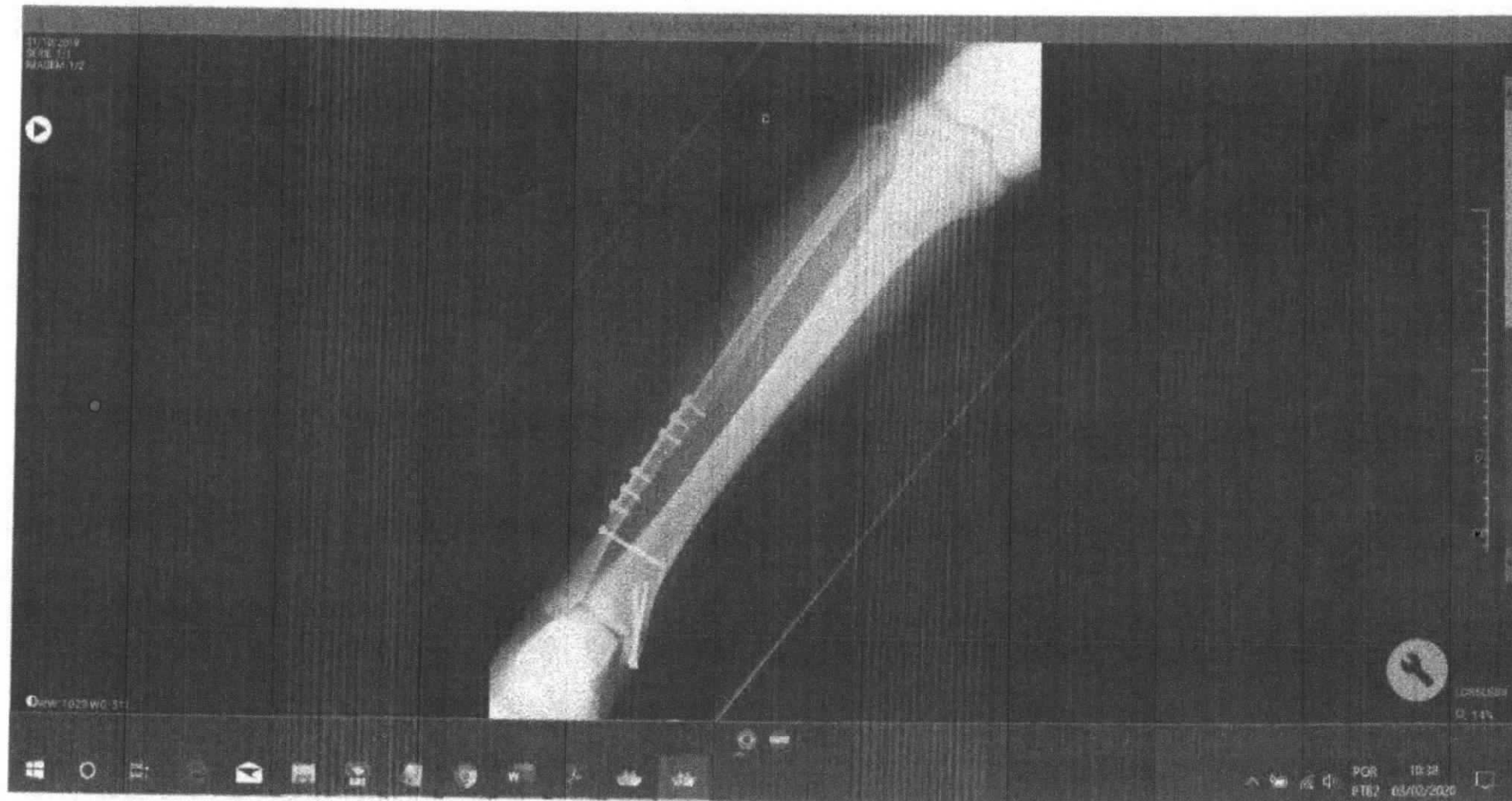
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

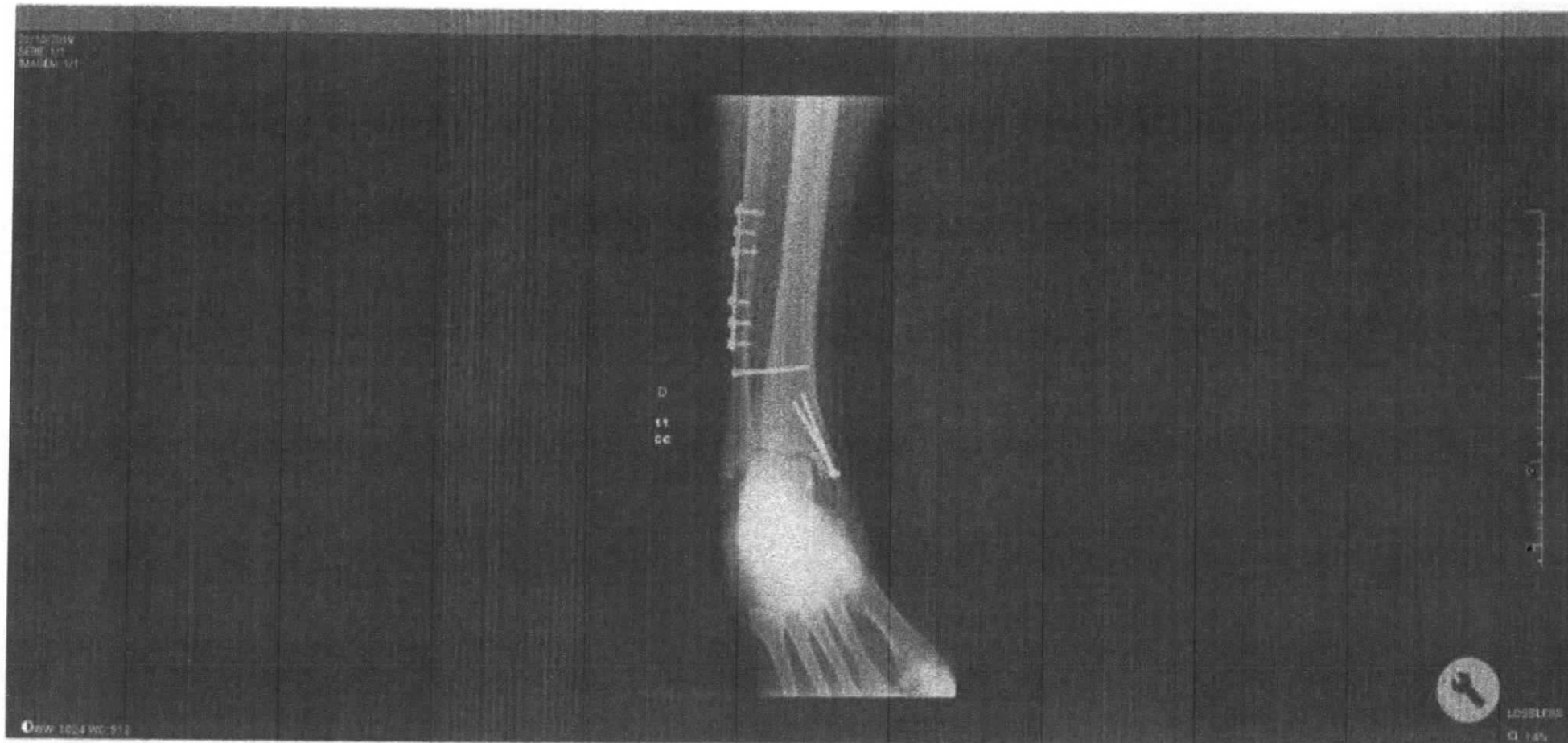
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação [1]







DIAGNOSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 33615695

Data 22/10/2019
Pag 1 de 1

Paciente...: 6335245 EDIVALDO SOUSA JUVENAL
Nascimento: 06/04/1982 Sexo M RG 20000010213776 SSPDS CE CPF 94527610325
Endereço: R CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111 Tel 992926574
Convênio: HAPVIDA
Matricula: 68983001512005032 RPA - RECUPERAÇÃO
Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal
INTERNAÇÃO

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA DIREITA

!a~(uB
6291058231

RELATORIO

Presença de fratura em maleolo medial

Presença de fratura em fibula distal

Espaços articulares mantidos

Demais aspectos preservados

OBS Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnostico de qualquer situação de saúde pois como exames complementares eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica

OBS Exame documentado em CD

[Assinatura]

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNOSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

RAIOX: HAPFOR

NºPedido: 33610807

Data 21/10/2019

Pag 1 de 2

Paciente ... 6335245 EDIVALDO SOUSA JUVENAL
 Nascimento 06.04.1982 Sexo M RG 20000010213776 SSPDS CE CPF 94527610325
 Endereço R CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111 Tel 992926574
 Convenio HAPVIDA
 Matrícula 68983001512005032
 Solicitante Dr(a) EDUARDO GUEDES VIDA

Queixa Principal

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA DIREITO

!a}\o8"

6290577621

RELATORIO

Presença de fratura desalinhada em fíbula distal e maléolo medial com aumento de partes moles ao redor

Demais aspectos preservados

OBS Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois como exames complementares eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico cabendo unicamente a este concordar com os resultados solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica

OBS Exame documentado em CD

 CRISTIANE DE F. AGUIAR CRM 401267

DIAGNOSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

RAIOX: HAPFOR

Nº Pedido: 33794680

Data 31/10/2019

Pag 1 de 1

Paciente: 6335245 EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Nascimento: 06/04/1982 Sexo: M RG: 20000010213776 SSPDS CE CPF: 94527610325

Emprego: R CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111 Tel: 992926574

Convênio: HAPVIDA

Matricula: 68983001512005032

Solicitante: Dr(a) MARCIO CARVALHO CAS

Queixa Principal

Exame

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) DIREITA

!b2;v8"

6315248321

RELATORIO

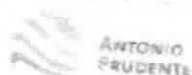
Exame de controle pos-operatório de fixação de fratura em fíbula distal com placa metálica e parafusos e em maléolo medial com parafusos metálicos

Demais aspectos preservados

OBS: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como exames complementares, eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica

OBS: Exame documentado em CD

COSMO ALVES DE ARAÚJO - ORTOMAN



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Data do Atendimento: 22/01/2020

RECEITA

ATESTADO DE APTIDÃO AO TRABALHO

Rafael Bezerra Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 9260

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA

CRM: 8260 UF: CE

AV. AGUANAMBI 1827 - FATIMA 60055401 Tel: 32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Endereço: CARLOS WALRAVEM 194 - JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111111 Tel: 992926574

Prescrição:

CEFADROXILA 500 MG 01 CX COM 14

TOMAR 01 COM DE 12 EM 12 HORAS POR 07 DIAS

1ª Via retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via orientação ao Paciente

Rafael Bezerra Nogueira
CRM: 8260
Especialista em Traumatologia

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Data: 22/10/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

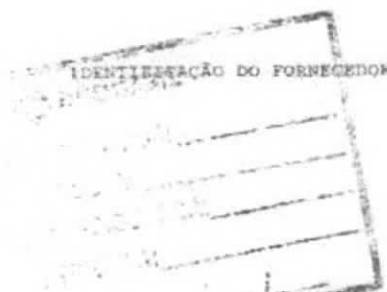
Nome:

Ident: Orgão Emissor:

End:

Cidade: UF:

Telefone:



Assinatura do Farmacêutico Data

22/10/19

HOSPITAL ANTONIO LOPES LTDA - FORTALEZA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

CRM: 8260 UF: CE
AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel:
32094001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

Rafael Bezerra Nogueira
CRM: 8260 / 11/04/2019

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Endereço: CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111111 Tel: 992926574

Prescrição:

HETORI 90 MG

01 CX COM 07

TOMAR 01 COM AO DIA POR 07 DIAS

Data : 22/10/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

End:

Cidade:

Telefone:

Orgão Emissor:

UF

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data

22/10/19

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) EDIVALDO SOUSA JUVENAL às 09:10, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 NOVENTA) dia(s), a partir de 21/10/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S826

Código da Doença

21120/2019

Local e Data

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia

CRM-CE 8260

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação BRKJW0ST500K0

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

22/10/2019 09:10

192.854.131



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

AO JUÍZO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE.

Processo: 0238711-50.2020.8.06.0001

Requerente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

EDIVALDO SOUSA JUVENAL, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, por sua procuradora subscrita, vem, a ilustre presença de vossa excelência, juntar pagamento administrativo, haja vista o mesmo não ter sido anexado junto a inicial.

Nestes Termos,
Pede deferimento.

Fortaleza, 16 de julho de 2020.

NAJMA MARIA SAID SILVA
OAB/CE 28.394

Najma Said
OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507
✉ najma.said.adv@gmail.com
📧 najmasaid_adv
📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo

SINISTRO 3200057351 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EDIVALDO SOUSA JUVENAL**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO EDIVALDO SOUSA JUVENAL**CPF/CNPJ:** 94527610325**Posição em 16-04-2020 09:55:08**

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/02/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50