



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

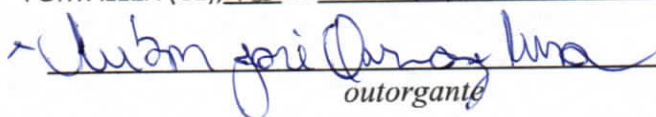
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	LUIZON JOSE QUEIROZ LUNA		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	
RG	97029138526	ESTADO CIVIL	
CPF	629.183.383-20	PROFISSÃO	motorista
ENDEREÇO	RUA PEDRO ARTUR, 514		
BAIRRO	CONS MIRA SOL	CEP	60310-430
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA - CEARA		
FONES			
E-MAIL	RC 527340@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 judicia 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 medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 12 de MAIO de 2020


outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 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 DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, IVISON JOSE GUEIROZ Lima
 Brasileiro(a), _____, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 97029138526 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
629.183.383.20, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
RUA PEDRO HERUR, Nº 514, CONT MIRA SOL,
 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), 12 de maio de 2020

Iverson Jose Queiroz Lima
 Declarante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 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 DE RESPONSABILIDADE

Eu, IVISON JOSE GUEIROZ LUNA,
brasileiro(a), _____, portador(a) do
RG nº 9702913826, inscrito no CPF sob nº
629.183.383.20, residente e domiciliado no endereço
RUA PEDRO ARTUR 514, CONS MIRA SOL.

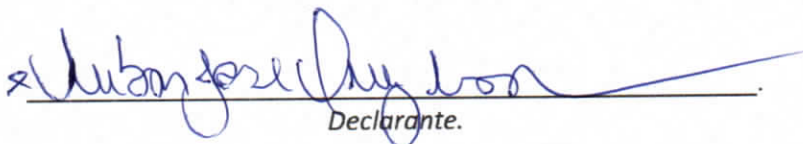
Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu 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, ISENTA 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), 12 de MAIO de 2020


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



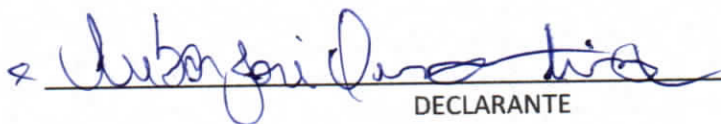
NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO

Eu, IVISON JOSE QUEIROZ LUNA,
 Brasileiro(a), _____, portador da cédula de Identidade Nº
94029138526 E CPF Nº 629.183.383.20, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA PEDRO ARTUR, 514 CONS MIRA
SOC
 na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60310-430, 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, 12, de MAIO, de 2020



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>LUIZON JOSE QUEIROZ LUNA</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>RUA PEDRO ARTUR, 541</u>		Profissão:
CPF nº: <u>629.183.383-20</u>	RG n: <u>97029138526</u>	Estado Civil:
Bairro: <u>ONS MIRA SOL</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60310-430</u>	Telefone:	

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 12 de MAIO de 2020
Luizon Jose Queiroz Luna
 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, hominímia 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: 162ª da Independência e 95ª 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
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:
IVISON JOSÉ QUEIROZ LUNA

DOC. EMISSOR / ORG. EMISSOR DE:
97029138526 SSPDC CE

CPF: 629.193.383-20 **DATA NASCIMENTO:** 13/08/1979

FRACÇÃO:
FRANCISCO EMILSON
SILVA LUNA
MARIA LEUIDE QUEIROZ
LUNA

PERMANENTE: ☒ **ACC:** ☐ **CELEBRA:** ☐
AE: ☐

Nº BIOMÉTRICO: 00503801736 **VIGÊNCIA:** 20/04/2022 **1ª NABIFICAÇÃO:** 04/03/1998

OBSERVAÇÕES:
CAR:

José Ivison Luna
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO:** 25/04/2017

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

1474130231

Scanned by CamScanner



ITAU SALVADOR S.A.
IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
R PEDRO ARTUR 514
CONJ MIRA SOL
CASA A - JACARECANGA
60310-430 FORTALEZA - CE



Pagamento 28/10/2019
Vencimento 08/11/2019
Parcela 26/10/2019
Fechamento próxima fatura 26/11/2019

Resumo da fatura em R\$

Saldo anterior	0,00
Depositos e créditos	0,00
Parcelas em atraso	0,00
Total desta fatura	834,09

Titular **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.3251**

Pré-qualificação fatura impressa para ser usada em casa? Mude a partir de agora Digital e por WhatsApp. É mais fácil.

Vencimento
08/11/2019

A) pagamento total
834,09

B) pagamento mínimo
125,11

C) parcelas fixas
74,90
+23x 74,90

Se pagamento mínimo, optando por pagar quanto antes e valor considerável nesta opção a parcela da fatura, você estará mantendo a referência pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$
Limite total disponível 11.493,00
Limite disponível 11.493,00
Parcela em atraso 0,00

Lançamentos: compras e saques
IVISON JOSE Q LUNA (final 3251)

Data	Descrição	Valor
14/07	LUZ LEMOS 09/10	177,00
26/07	B102 HIPER BEZERRA03/10	189,90
26/07	B102 HIPER BEZERRA03/10	69,60
06/10	SUPER FRANGOLANDIA	63,01
09/10	SUPER FRANGOLANDIA01/03	87,54
17/10	LOG COMERCIO DE GELIA	75,00
18/10	PAG-EscolaUnig 01/06	171,85
Lançamentos no cartão (final 3251)		834,10

☒ Compra presencial com o uso do cartão e senha



Banco Itaú S.A. 341-7
Número do Documento 34191.75397 49502.072041 00173.090002 1 000
Número do Cartão 6062.XXXX.XXXX.3251
Nome do Titular IIVISON JOSE QUEIROZ LUNA - 620 181 181 20
Nome do Beneficiário IIVISON JOSE QUEIROZ LUNA - 620 181 181 20
Endereço do Beneficiário AV BUI BARBOSA 251 - JACARECANGA - RECIFE - PE

recibo do pagador
Nossa Número 175/39495020-7
Valor do documento R\$ 834,09
Vencimento 08/11/2019
Assinatura Eletrônica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75397 49502.072041 00173.090002 1 000	
Local de pagamento: Pague no Itaú ou em qualquer Banco de qualquer forma e momento após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para evitar juros e encargos. Não aceite qualquer taxa de serviço cobrada pelo Itaú ou pelo Banco de destino da sua fatura. Nome do Beneficiário (CPF): IVISON JOSE QUEIROZ LUNA - 620 181 181 20 AV BUI BARBOSA 251 - JACARECANGA - RECIFE - PE				
Data de Vencimento: 08/11/2019	Número do Documento: 001 19497 020 07162/16	Empréstimo: 11	Amort: 11	Data de Pagamento: 26/10/2019
Unidade Bancária:	Carteira: 175	Espeço: R\$	Documento:	Valor: R\$ 834,09
Seção de pagamento presencial da fatura em casa: Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pagar". De preferência o pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (1) pagar quanto a partir do valor constante em "Pagamento Mínimo", mantendo o restante pelo crédito rotativo; (2) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data de vencimento.				
Nome do Pagador: IIVISON JOSE QUEIROZ LUNA - 620 181 181 20 Endereço do Pagador: R PEDRO ARTUR 514 - CONJ MIRA SOL - CASA A - JACARECANGA - 60310-430 FORTALEZA - CE				



Assinatura Eletrônica - Data de emissão do documento

Scanned by CamScanner

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 09:53, sob o número 023865177202008060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6CF.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201932245

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 147 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/01/2019 13:59:21**
Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2018 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA GOVERNADOR JOÃO CARLOS**
Complemento: **C/ RUA MAGNOLIA**
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IVISON JOSÉ QUEIROZ LUNA**
Nascimento: **13/08/1979** CPF: **629.183.383-20**
RG: **97029138526** Orgão Emissor: **SSPCE** UF: _____
Filiação: **MARIA LEUDE QUEIROZ LUNA**
FRANCISCO EMILSON SILVA LUNA
Endereço: **RUA SETE, 258 G -CONJUNTO MIRA SOL**
Bairro: **PARQUE DOIS IRMAOS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.743-270**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9973-6064**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OID2578** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0550CR029889** Renavam: **489724060** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OI-2578 NA RUA GOVERNADOR JOÃO CARLOS QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA TRAJETÓRIA QUE A VITIMA FAZIA COM A MOTO, VINDO A VITIMA COLIDIR COM O CACHORRO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA, QUE A VITIMA PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA MAS A VITIMA NÃO FOI ATENDIDA, QUE A VITIMA ACIONOU A AMBULÂNCIA DA HAPVIDA QUE SOCORREU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Delânio Campele Almeida

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Comunicado em 14/01/2019 14 11 35

Impresso em 14/01/2019 14 11 35

DIAGNOSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 33688693

Data 25/10/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento 13/08/1979 Sexo M RG 97029138526 SSP CE CPF 62918338320

Endereço R 07 258 PARQUE 2 IRMÃOS FORTALEZA CE 60743270

Convênio HAPVIDA

Matrícula 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) DAVI MARINHO DE ARA

Tel 999736064

Queixa Principal

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

!b#}Ü8'

6300909821

RELATORIO

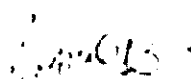
Exame de controle pos-operatório de fixação de fratura em fíbula distal com placa metálica e parafusos

Ha irregularidade de superfície articular do pilão tibial

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 AQUINO - CRM 4252-RN



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

19/11/2018 09:12:44

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11631342	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	M	13/08/1979	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
97029138526 SSP CE	62918338320		1-CASADO	
Endereço				
R PEDRO ARTHUR 514 JACARECANGA FORTALEZA-CE CEP:60744670				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
999736064		MARIA LEUDE QUEIROZ LUNA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
19/11/2018	09:01		
Médico Atendente			Clinica
1274465 VICTOR PONTES PARAHYBA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1274485 VICTOR PONTES PARAHYBA			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	VEGA S/A TRANSPORTES URBANOS
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA	COLETIVO
Carteira	Validade	
7756000870009019		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133430 SALA CC 03	02	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
36999841	99996866	C90485024	INTERNACAO
36999841	30727138	C90485024	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI
36999841	30728142	C90515045	DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
36999841	30732026	C90514950	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -
			TRATAMENTO CIRURGICO
			ENXERTO OSSEO

pulseira MSD
n. ale. ngico
empregado
TExim solido 17 hrs

I: 10:30

80

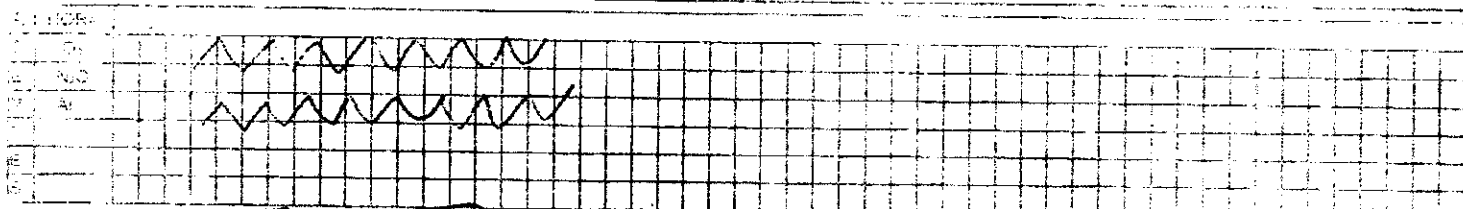
11:02

100

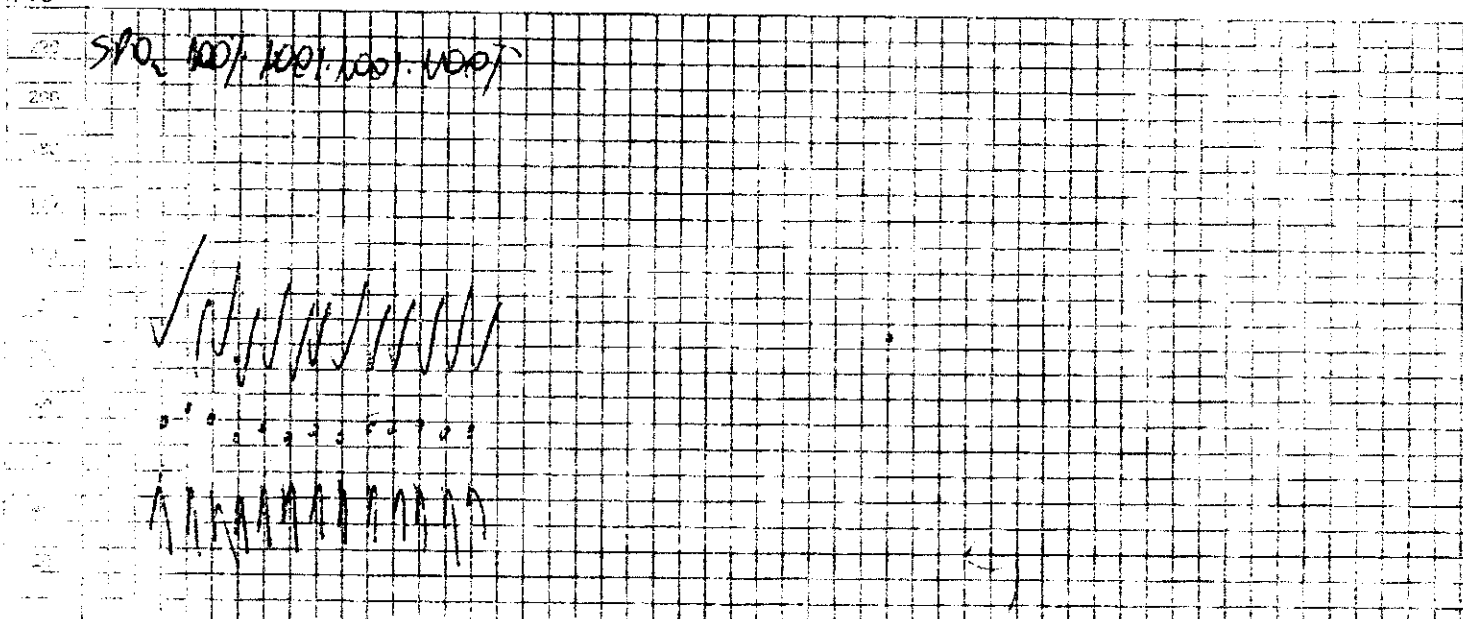
FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: Inson José Gomes Lima
 Idade: 47 Sexo: M
 Prontuário: 11.63.13.42 Hospital: Hapride
 Diagnóstico: Osteomielite patológica
 Cirurgia: osteotomia Anestesia: raquidiana
 Cirurgião: Dr.



LIQUIDOS: EP SF
 CARDIOSCOPIO: 100% 100%
 PRESSÃO NÃO INVASIVA: 100/60/40
 CAPNOGRAFO: 100%
 OXIMETRO DE PULSO: 100%
 PRESSÃO INVASIVA: 100/60/40



DROGAS
 9 4 de Glucose 5% 200 ml
 10 13.04 - soro de NaCl
 11 100 ml de soro de NaCl
 12 100 ml de soro de NaCl
 13 100 ml de soro de NaCl
 14 100 ml de soro de NaCl
 15 100 ml de soro de NaCl
 16 100 ml de soro de NaCl
 17 100 ml de soro de NaCl
 18 100 ml de soro de NaCl

EVENTO
 A 100 ml de soro de NaCl
 B 100 ml de soro de NaCl
 C 100 ml de soro de NaCl
 D 100 ml de soro de NaCl
 E 100 ml de soro de NaCl
 F 100 ml de soro de NaCl
 G 100 ml de soro de NaCl
 H 100 ml de soro de NaCl
 I 100 ml de soro de NaCl
 J 100 ml de soro de NaCl

VOLUME PERDAS VOLUME BALANÇO
 Entubação: 100 100
 Respiração: 100 100
 Absorção de: 100 100
 Posição: 100 100
 Agulha: 100 100
 Início: 100 100
 Duração: 100 100

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 09:53, sob o número 0238651-7720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238651-7720208060001 e código 6D9A6D5.

BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55006156

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

19/11/2018 13:06

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVACANDEIRA MEDICO CRM 55061 N°: 30420118 19/11/2018 às 13:06

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Cirúrgico

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

19/11/2018

[1]

Hora Da Cirurgia

13:10

[1]

Cirurgia

PILÃO

[1]

Cirurgião

THIAGO

[1]

Descrição Cirúrgica

PACIENTE EM DDH SOB RAQUI
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS
ACESSO MEDIAL AO PILÃO
VERIFICADA FRATURA COMINUTA
REDUÇÃO COM CONTROLE RADIOSCÓPICO
FIXAÇÃO COM 2 PLACAS EM T
ACESSO SOBRE MALEOLO LATERAL
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA SOB CONTROLE
RADIOSCÓPICO
REPARO LIGAMENTAR
ENXERTIA LOCAL
LIMPEZA
SUTURA POR PLANOS

[1]

Códigos Dos Procedimentos

30727138 FRATURA TIBIA
30728142 LESOES LIGAMENTARES
30732026 ENXERTO

[1]

[Handwritten signature]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55006156

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus

não.

[1]

Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas

não.

[1]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Página 1 de 2

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 55006156 Prontoário: 11631342
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/2
 Profissional(is): VALERIANO SANTOS ABREU QUEIROZ ENFERMEIRO(A) COREN Nº: 30413760 19/11/2018 às 11:07

DADOS DA ADMISSÃO
 Data Da Cirurgia 19/11/2018
 Hora Da Cirurgia 10:30
 Cirurgia tto cirurgico de fratura de tibia
 Equipe Cirúrgica dr. thiago aguiar \ dra. romana \ valéria \ cintia \ nonata (pert.) \ andréia (ortogênese)

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA
 Confirmar Identidade Do Paciente sim.
 Prontoário Ativo sim.
 Opme Checado sim.
 Checagem Completa Dos Equipamentos sim.
 Alergias Do Paciente São Conhecidas não.
 Checagem Completa Das Medicções Anestésicas sim.
 Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguinea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança) não.
 Via Aérea Difícil / Risco De Aspição não.
 Confirmação De Vaga Em Uti sim.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA
 Membros da Equipe Cirúrgica sim.
 Lateralidade Do Procedimento esquerda.
 Paciente Certo sim.
 Sítio Cirúrgico Identificado sim.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS
 Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado Sim.
 Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento sim.
 Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos Sim. kefazol (2g) às 10:30.
 Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada sim.
 Esterilização Do Material Confirmada E Validada sim.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
 Orientação De Posicionamento De Membros sim.
 Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados sim.
 Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura sim.
 Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica não se aplica.
 Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião sim.

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 09:33. Sob o número 02386517-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6D5. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6D5.



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

19/11/2018 09:16 AM

m/1532, 08

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dt. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55006156	Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19235214	19/11/2018 às 09:15	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTACAO	Mantido		
2 - MANTER			
INTEGRIDADE FISICA E MENTAL	Mantido		
3 - REALIZAR			
HIGIENE ORAL , CORPORAL E OCULAR	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 ENF



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/11/2018 01:25 PM
01/11/18

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	DT. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55006156	Prontuario: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19239073	19/11/2018 às 13:25	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: MARIA MARIA LUIZ (CONE) (CONE)			
1 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Mantido		
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		
DATA DE CURATIVOS	Mantido		
4 - SUPERVISIONAR			
DATA DE CURATIVOS	Mantido		
5 - INSTALAR			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

[Handwritten signature]
MARIA MARIA LUIZ (CONE) (CONE)
COORDENADORA DE ENFERMAGEM



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/11/2018 09:14

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dt. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55006156	Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19235015	19/11/2018 às 09:04	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2	Enfermeiro(a):	VIVIANE MARA COSTA VIANA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 (1)			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Mantido: (1) OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: (1) OK
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Mantido: (1) OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO ANALGÉSICA	Mantido:
OBSERVAR PULSOS PERIFÉRICOS DIMINUÍDOS OU AUSENTES	Mantido:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
SINAIS VITAIS	Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Mantido:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
BANHO PRÉ OPERATORIO	Mantido: (1) OK

Viviane M. C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 FMT



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/11/2018 13:26

sp1532_400

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dt. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55006156	Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19239077	19/11/2018 às 13:25	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2	Enfermeiro(a):	MARTA MARIA ALVES
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: DOR

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:

4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: EFEITOS COLATERAIS

EVITAR SANGRAMENTO Mantido:

Marta Maria Alves
COADJ. DE ENFERMAGEM

Paciente: IVISÓN JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 19238844

19/11/2018 às 13:03

Atendimento: 55006156

Pósto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

Prontuário: 11631342

Peso: 80.00 kg

1 DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

CRM-11506

2 Hidratação Venosa Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min

Acesso Periférico

CRM-11506

3 CEFAZOLINA SODICA (1.00g)

(01/2)

Aqua Destilada

1g

1 FRAP (C/1GR)

8/8h

EV

CRM-11506

4. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP (C/100MG)

8/8h

EV

CRM-11506

5. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Aqua Destilada

1000mg

2 ML

(AMPL C/500MC)

6/6h

EV

CRM-11506

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML

(AMPL C/100MC)

8/8h

EV

SN

CRM-11506

Alta vigilância

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Aqua Destilada

10mg

2 ML

(AMPL C/10MG)

8/8h

EV

CRM-11506

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

CRM-11506

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

CRM-11506

10. PUNCAO C/ JELCO

CRM-11506

11. SINAIS VITAIS

CRM-11506

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

CRM-11506

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

CRM-11506

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO/

CRM-11506

15. COMPRESSÃO COM ÉTER

CRM-11506

Profissionais CRM-11506 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

fls. 35

402112

Emissão 19/11/2018 16:08

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 13/08/1979
Nº Prescrição: 0019238844
Leito: 133430/2

Atendimento: 55006156
19/11/2018 às 13:03
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

18:00 ; 21:00 ; 20/11-00:00 ; 20/11-03:00 ;

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min Acesso Periférico

17:00 ;

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83

ml/Kcal/dia 500ml

3. CEFALOTINA SODICA (1.00g)
(ID1/2)

Água Destilada

1g

1 FRAP (C/1GR)

10 ml

8/8h EV

22:00 ; 20/11-06:00 ;

4. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP (C/100MG)

100 ml

8/8h EV

20:00 ; 20/11-04:00 ;

22:00 ;

06:00 ;

5. DIPYRONE (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

2 ML

(AMPL C/500MG)

6/6h

EV

18:00 ; 20/11-00:00 ; 20/11-06:00 ;

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

SN

16:00 ;

Alta vigilância

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Água Destilada

10mg

2 ML

(AMPL C/10MG)

8/8h

EV

22:00 ; 20/11-06:00 ;

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE
ACOLCHOADA

16:00 ;

10. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

16:00 ;

11. SINAIS VITAIS

Manhã ; Tarde ; Noite ;

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

06:00 ;

13. RETIRADA DE DRENO DE
PORTOVAC

SN

16:00 ;

Dr. O. Alcantara
FARMACIA
CONDOMÍNIO

Disco up/
Injeção

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 19/11/2018 16:08

Paciente: IVISON JOSÉ QUEIROZ LUNA	Dt. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55006156	Prontuário: 11631342
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0019238844	19/11/2018 às 13:03	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2	Peso: 80.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO	16:00 ;
15. COMPRESSÃO COM ÉTER	SN

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

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

Diana Kelly O. Alcantara
 Enfermeira
 COREN - CE 460.928

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55006156

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1B

Leito: 1021/2

Profissional(is): DIANA KELLY OLIVEIRA ALcantara NEERMEIRO ALCORENTES Nº: 30429202 19/11/2018 às 16:09

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

MT

PACIENTE I.J.L., 39 ANOS, SEXO MASCULINO. HD: POI DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.
ADMITIDO NO POSTO 1B, PROVENIENTE DA RPA.
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, SSVV ESTAVEIS.
DIETA V.O. COM BOA ACEITAÇÃO.
AVP FUNCIONANTE P/ HV+TM.
AGUARDA DIURESE ESPONTÂNEA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCO
INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DESINAIS FLOGISTICOS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

DIANA KELLY O. ALcantara
Enfermeira
CRM: 12.468-9/8

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CE, protocolado em 15/07/2020 às 09:51 sob o número 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6D9. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6D9.

Paciente: IVISON JOSÉ QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55006156

Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 19246759

20/11/2018 às 07:44

Prontuário: 11631342

Posto: POSTO 1B

Leito: 1021/2

Peso: 80.00 kg

1	DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL				CRM-8260
2	Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min			Acesso Periférico	CRM-8260
	SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml				
3	CEFAZOLINA SODICA (1.00g)	1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV		CRM-8260
	(D2/2) Aqua Destilada		10 ml				
4	PROFENID IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV		CRM-8260
	Soro Fisiológico 0,9%		100 ml				
5	DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL C/500MC)	6/6h	EV		CRM-8260
	Aqua Destilada		18 ml				
6	TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2ML (AMPL C/100MC)	8/8h	EV	SN	CRM-8260
	Soro Fisiológico 0,9%		100 ml				
	Alta vigilância						
7	PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV		CRM-8260
	Aqua Destilada		18 ml				
8	SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO		SN				CRM-8260
9	CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA						CRM-8260
10	PUNCAO C/ JELCO		SN				CRM-8260
11	SINAIS VITAIS						CRM-8260
12	GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						CRM-8260
13	RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC		SN				CRM-8260
14	CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO/						CRM-8260
15	COMPRESSÃO COM ÉTER		SN				CRM-8260
16	Alta em: 20/11/2018	ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO					
	Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA						

Profissionais CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-8260

[Assinatura]

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Id. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55006156	Prontuário: 11631342
Convênio: MAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19246227	20/11/2018 às 06:40	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1021/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: DANIELLE DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE (COREN 624029)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Sinais Vitais - Frequência Respiratória	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Temperatura	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANUTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
3 - ESTIMULAR			
DEAMBULAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dr. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55006156	Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19246205	20/11/2018 às 06:39	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1021/2	Enfermeiro(a): DANIELLE DE OLIVEIRA ALBUQUER	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

DOR

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

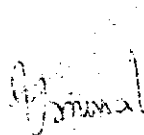
Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

20/11/2018 07:29

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**Dt. Nasc.:** 13/08/1979**Atendimento:** 55006156**Prontuário:** 11631342**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ**Posto:** POSTO 1B**Leito:** 1021/2**Profissional(is):** VANESSA VIANA MONTEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 454354/113 Nº: 30451158 20/11/2018 às 07:29**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM****Evolução de enfermagem****MT****[1]**

PACIENTE I.J.L., 39 ANOS, SEXO MASCULINO, HD: 1º PO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, ADMITIDO NO POSTO 1B, PROVENIENTE DA RPA, NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, SSVV ESTAVEIS, DIETA V.O. COM BOA ACEITAÇÃO, AVP FUNCIONANTE P/ HV+TM, DIURESE ESPONTÂNEA, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCO**INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS****DISPOSITIVOS****Acesso Venoso Periférico****Sim****[1]**

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 13:05

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55006156

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

Profissional(is): THIAGO FAGUIAR CAVALCANTE DE OLIVEIRA MÉDICO CRM 11506 / 13023 Nº: 30420064 19/11/2018 às 13:05

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DE TORNOZELO SEM
INTERCORRENCIAS
CD: A SR

[1]

CID 10

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]

Thiago Cavalcanti
Tornato-Osteopédia
CRM 11506 / TERT 13023



FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

20/11/2018 07:55

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dt. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55006156	Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 18	Leito: 1021/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRA, NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 (1)	Nº: 30451901	20/11/2018	às 07:52
DADOS DA EVOLUÇÃO			
Evolução Do Paciente	1 POS OP DE FRATURA DE PLATO TIBIAL EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS ALTA HOSPITALAR COM ATB, AINES, AMTITROMBOTICO E ANALGESICO		

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



Faz bem pra você

fls. 44

Nome completo (paciente):

CPF:

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido do jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso 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.

19 de novembro de 2018

Hora: 09:01

Nome legível: Dayma Freire de Souza

Assinatura: Dayma Freire

Grau de parentesco do responsável: Esposa

CPF: 051.789.513-91

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Assinatura: _____

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



Faz bem pra você

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: _____

Passagem: _____

Leito: _____

Pronunciário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hrs)	DOR												
							Sólidos	Adulto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							Líquidos	Criança	0	1	2	3	4	5					

CIRURGIA / PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório ☒ Negativo

☐ Tolerância ao exercício

☐ Hipertensão

☐ Angina

☐ Coronariopatia

☐ Infarto do miocárdio

☐ Insuf. Cardíaca

☐ Outras

☐ Valvulopatia

☐ Arritmia

☐ Angioplastia

☐ DVP

☐ AAA

Respiratório ☒ Negativo

☐ Dependência O₂

☐ Apnéia do sono

☐ IVAS recente

☐ Expectoração

☐ Outras

☐ Asma

☐ Tuberculose

☐ DPOC

Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo

☐ Ref. Gastro-esofágico

☐ Úlcera péptica

☐ Vômito/ diarreia

☐ Hérnia de hiato

☐ Obst. Intestinal

☐ Outras

☐ Gastrite

☐ Hepate

☐ Ictericia

☐ Cirrose

Neurológico ☒ Negativo

☐ Convulsões

☐ Dormência/ fraqueza

☐ Lesão medular

☐ Outras

☐ AVC

☐ Cefaleia

☐ PIC

Renal ☒ Negativo

☐ Doença renal crônica

☐ Insuficiência renal

☐ Outras

☐ Diálise

Hematológico ☒ Negativo

☐ Transfusão prévia

☐ Plaquetopatia

☐ Outras

☐ Coagulopatia

☐ Anemia

Músculo esquelético ☒ Negativo

☐ Dor lombar

☐ Musculodistrofia

☐ Outras

☐ Artrite

Endócrino ☒ Negativo

☐ Diabetes tipo

☐ Patologia da tireóide

☐ Outras

☐ Hipotireoidismo

Câncer ☒ Negativo

☐ Quimioterapia

☐ Outras

☐ Radioterapia

Infecçioso ☐ Negativo

☐ HIV

☐ Outras

Gravidez ☒ Negativo

☐ Idade gestacional _____ semanas

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)

Hábitos Sociais ☒ Negativo

☐ Tabaco

☐ Alcool

☐ Outras

☐ Cigarros/dia

☐ Drogas

Alergias ☒ Negativo

Tipo/Agente	Reação

Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo

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

HB	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (verificar se tomou no dia da cirurgia)

Via aérea

História da via aérea difícil

☐ Sim ☐ Não

Mallampati

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno/mento _____ cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias ☐ Negativo

Tipagem solicitada _____

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Emergência: ☐ Sim ☐ Não

Planejamento Anestésico

Comentários sobre os achados

Assinatura do Anestesiologista	
CRM	

DATA

HORA

ASSINATURA



CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR
(MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE)



**ANTONIO
PRUDENTE**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: <u>Juliana Jore R. Lima</u>	Setor: _____	Leito: <u>M1</u>	Data: <u>10/11/19</u>
Confirmação de local de destino: ☐ Sim ☐ Não	Data de Nascimento: <u>1/1/1</u>		
Motivo da internação na unidade: <u>Fratura de Tibia</u>			
Dispositivos em uso			
☐ Não ☒ Sim, especificar: ☐ Marcapasso ☐ Bipap ☐ Bomba de Infusão ☐ TQT ☒ CVP ☐ VM ☐ CVC ☐ SNG, SNE e GTT ☐ Cateter de dialise ☐ SVD ☐ Drenos			
☒ Transferência interna: ☐ Enfermaria _____ ☐ UTI _____ ☐ Outro: _____ ☐ Transferência externa: _____			
Médico assistente: _____			

AValiação PRÉ-TRANSPORTE

Data: <u>10/11/19</u>	Hora: _____ h
Avaliação de risco: Queda ☐ LP ☐ Flebite ☐ Broncoaspiração ☐ Perda de dispositivo ☐	
INTEGRIDADE DA PELE ☒ Integra 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)	
NECESSIDADE DE ISOLAMENTO ☒ Não ☐ Sim, tipo: ☐ Contato ☐ Respiratório ☐ Reverso	
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) Data e hora: _____	RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo) Data e hora: _____
OBSERVAÇÕES: <u>sem pendência!</u>	
Dieta: _____	
Medicação de alto custo: _____	
Outros: _____	

ANTONIO
PRUDENTE

AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

Data de Revisão:
10.09.2018- V.01Código:
FORMULÁRIO: 013

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1Data da Elaboração:
20/03/2017NOME COMPLETO DA PACIENTE: Julison Jose DATA DO NASCIMENTO: 1/1/UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Trauma DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 18/11/18

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 – SCORE:	<u>0</u>

Risco Alto: > 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(X)

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 fonoaudiologia.

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

Raimundo Pessoa de Araújo
 COREN CE 12777 ENF

 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: <u>Juven For Queng</u>	Data de Nascimento:
Nº do prontuário:	Data de admissão: <u>18-11-18</u>
Leito:	Data da realização da escala:

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

Fonte: Ministério da saúde/ANVISA/Fiocruz(Protocolo de Prevenção de Quedas,2013/Anexo-01)

Raimundo Pessoa de Araújo
GERENTE DE ATENDIMENTO

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 49

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 11:24

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA DL Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 55006156 Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/2

Profissional(is): VALERIA DOS SANTOS ABRUQUERO DE SOUSA ENFERMEIRO(A) COREN: 66378211 Nº: 30414050 19/11/2018 às 11:12

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	19/11/2018	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	tto cirurgico de fratura de tibia	[1]
Pulseira De Identificação	msd.	[1]
Comorbidades	nega	[1]
Nome, dosagem, frequência	omeprazol	[1]
Alergia- Descrição	nega	[1]

INFORTO

SINAIS VITAIS		
Pulso	89 bpm	[1]
PA	117 \ 62 mmHg	[1]
FC	89 bpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2	100 %	[1]
--------	-------	-----

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	valéria	[1]
Hora	10:15	[1]
Sala	05	[1]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	edemaciada	[1]
Início Da Anestesia	10:30	[1]
Término Da Anestesia	12:16	[1]
Início Da Cirurgia	11:00	[1]
Término Da Cirurgia	12:05	[1]
Instrumentador	nonata (part.) \ andreia (ortogênese)	[1]
Circulante	valéria \ cintia	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	perna esquerda	[1]
Numero Inicial De Compressas	15 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	5 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 2	5 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	25 UD	[1]
Exames De Imagem	s	[1]
	s	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 50

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 11:24

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA DL Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 55006156 Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/2

Cloroxedine Alcoólica		
Cloroxedine Degermante	s	[1]
Álcool	s	[1]
Material	caixa de pequenos fragmentos	[1]
Fornecedor	ortogênese	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	normal com curativo na incisão	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	srpa.	[1]

OBSERVAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS

Observação	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, ADMITIDO NO CC, EM MACA, COM AVP EM MSD, PARA SE SUBMETER A TTO CIRURGICO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA, SOB ANESTESIA RAQUI. + SEDAÇÃO, S1 INTERCORRÊNCIAS, PACIENTE ENC. PARA RPA.	[1]
	REALIZADO RX EM SALA.	
Eletrodos	TÓRAX	[1]
Incisão Cirúrgica	MIE	[1]
Dreno	NÃO	[1]
Placa De Bisturi	NÃO	[1]
Punções Venosas	MSD	[1]

POS-OPERATÓRIO

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 13:29

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 55006156 Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/2

Profissional(is): ~~MARTA MARIA ALVES ENFERMEIRA~~ Nº: 30421016 19/11/2018 às 13:27

OBSERVAÇÕES INTERCORRÊNCIAS

Intercorrências

PACIENTE NA RPA APOS POI FRATURA DE TIBIA, EVOLUI
CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCARDICA, NIVEL PRESSORICO
ESTAVEL
PA: 123X63MMHG, FR: 18RPM, FC: 62BPM, SAT02: 98%, T: 36C, SEM
QUEIXAS
ENFA, MARTA MARIA 350020

[1]

Marta Maria Alves
Marta Maria Alves
CONCE 350020 - ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 52

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 07:00

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 54997700 Prontuário: 11631342
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO, ENFERMEIRO(A) COREN 327272/UFPA Nº: 30400244 19/11/2018 às 04:24

PACIENTE

Escolaridade	ENSINO MEDIO	(1)
Profissão	MOTORISTA	(1)
Estado Civil	DIVORCIADO	(1)
Origem Do Paciente	Outro Hospital. FROTINHA DA PARANGABA	(1)
Data De Admissão	19/11/2018	(1)

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência.	(1)
Data Da Cirurgia	19/11/2018	(1)
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA ESQ.	(1)
Pulseira De Identificação	MSD.	(1)
Responsável Pelo Recebimento	ENF RAIMUNDO	(1)
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade	19/11/2018	(1)
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	(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. CIENTE	(1)
Reserva de Hemoderivados	Não. NAO SOLICITADO	(1)

Higienização	Sim	(1)
Exames E Procedimentos	Sangue.	(1)

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Intolerância Alimentar	Não.	(1)
Jejum	Sim.	(1)
Conservado	Sim	(1)
Dentição	Preservada.	(1)

TÓRAX

Inspeção	SIMETRICO	(1)
----------	-----------	-----

ABDOMEN

Exame Abdominal	Flácido.	(1)
-----------------	----------	-----

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 53

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 07:08

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**Dt. Nasc.:** 13/08/1979**Atendimento:** 54997700**Prontuário:** 11631342**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/1

Ruidos Hidroaéreos (RHA)	Presentes.	[1]
ELIMINAÇÕES		
Intestinais	Presente.	[1]
Urinárias	Presente.	[1]
SONO / REPOUSO		
Concilia Sono e Repouso	Sim.	[1]
COGNITIVO / PERCEPTIVO		
Em Ouvir	Não.	[1]
Compreender	Não.	[1]
Memorizar	Não.	[1]
Falar	Não.	[1]
CONFORTO		
Queixas de Dor	Não.	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	19/11/2018	[1]
Hora	04.27	[1]
INTRA-OPERATÓRIO		
PÓS-OPERATÓRIO		


Ramundo P. de Araújo
CRM 17.772/2018

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 54

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 07:38

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 54997700 Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
Profissional(is): RAIMUNDO RESSOA DE ARAUJO ENFERMEIRO(A) COREN 127217/1 Nº: 30400242 19/11/2018 às 04:22

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	19/11/2018	(1)
Hora Da Cirurgia	ACM	(1)
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA ESQ.	(1)
Equipe Cirúrgica	ACM	(1)
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Sector De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA	(1)
Identidade Do Paciente	Sim.	(1)
Autorização Do Paciente	Sim.	(1)
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	(1)
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim. MI	(1)
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	(1)
Exames Complementares	Sim.	(1)
Exames Radiológicos	Sim.	(1)
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	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 Até 2 Horas Antes	Não.	(1)
Higienização	Sim.	(1)
Higienização		
Se sim, especifique	HIGIENIZAÇÃO	(1)

Raimundo Ressoa de Araújo
COREN 127217/1

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 09:53, sob o número 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6E6. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6E6.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 00:27

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 54997700 Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): JOSE ARTON DE SOUSA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 99289111 Nº: 30398484 19/11/2018 às 00:27

CONTROLE VITAIS

SINAIS VITAIS

T	37 °C	(1)
PA	120x70	(1)
FC	88 bpm	(1)
FR	17 mrpm	(1)

JOSE ARTON DE SOUSA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN 99289111



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

17/05/2019 12:30:09

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11631342	MISON JOSE QUEIROZ LUNA	M	13/08/1979	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
97029138526 SSP CE	62918338320		1-CASADO	
Endereço				
R 07 258 PARQUE 2 IRMÃOS FORTALEZA-CE CEP:60743270				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
999736064		MARIA LEUDE QUEIROZ LUNA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMBI			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
17/05/2019	11:48		
Médico Atendente			Clinica
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano VEGA S/A TRANSPORTES URBANOS	
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
57756000870009019		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAFOR	133430 SALA CC 03	01
N. Guia	Procedimento	Senha
34952252	99996666	D05399838
34952252	30728177	D05399838
		Descrição
		INTERNACAO
		PSEUDARTROSES OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO
		Material - 99900406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 10
		Material - 99932718 - PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 MM INCLUI PARAFUSOS - QTDE: 1
34952252	30728142	D05400324
34952252	30732026	D05400140
		LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
		ENXERTO OSSEO

ANTONIO
PRUDENTE**NOTA DE SALA**

4667837

Atendimento:	59178432	Prontuário:	11631342	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNO	Tipo Anestesia:	RAQUE+SEDACAO	
	30728177	PSEUDARTROSES OU OSTEOTOMIAS -	30732026	ENXERTO OSSEO	
		TRATAMENTO CIRURGICO			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 05	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	1002
Equipe Médica:	CIRURGIAO	1442791	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA	CRM	11506
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	2663465	TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA	CRM	14108
	ANESTESISTA	73973220	ROSA DE FATIMA COSTA DE CARVALHO	CRM	14725
	CIRCULANTE	3158195	MARCIA SILVA AQUINO	COREN	754947
	INSTRUMENTADORA	3113426	FRANCISCA ANDREA VERCOSA MOREIRA	COREN	655977

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
1720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	34290	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	4
1373	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
4948	AGULHA DESC DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	124102	DIMORF 0.2MG/ML (1ML) 1 ML AMPL 1 ML	1
7855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
2450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	40037	DORMONIO 15 MG 3 ML AMPL 3 ML	1
1739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	745419	FENTANE 5ML 5 ML AMPL 5 ML	1
1747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
1063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	50	134325	NOVABUPI ISOBARICA 0.5% AMPL 1 UD	1
7936	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
7944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2	43290	RINGER CAACIATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
52352	CAMPO IMPERMEAVEL 1.30X1.60 - 1 UD	2	43788	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 1000 ML TUBO 1000 ML	5
1868	CANETA DESCARTAVEL P/BISTURI - 1 UD	1	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
3163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	83941	SUFENTA 2ML AMPL 1 UD	1
3198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1	45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
35865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200			
35866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200			
12712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	300			
58880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/S UD - 1 UD	4			
7138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1			
7997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100	19	Gases / Aparelhos	
10523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1		TAXA DE SALA	Início: 14:30 Fim: 16:40
19496	FIO MONONYLON (11637) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	2	4	TREPANO	Início: 14:30 Fim: 16:40
1836	FIO J&J ETHILON (BP937) - SUT ETHIB "VD2-0 7 - 1 UD	1	20	OXIGENIO	Início: 14:30 Fim: 16:40
18818	FIO J&J POLYCOT (SPA431) - POLYCOT BLUE 3-0 ENV 1 UD	1	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 14:30 Fim: 16:40
18819	FIO J&J POLYCOT (SPA441) - POLYCOT BLUE 2-0 ENV 1 UD	1	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 14:30 Fim: 16:40
31606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1			
35563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	2			
13505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	9			
1857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
1954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
1938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
15112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	4			
1635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
1651	LUVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	1			
1660	LUVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	4			
1678	LUVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	6			
1822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA CITRAS PCT 50 UD	5			
004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	80			
209	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3.5MM - 1 UD	4			
383	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM - 1 UD	3			
10448	PLACA 1/3 TUBULAR CANCULI - 1 UD	1			
1849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
1902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
1848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
1856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
1864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
1872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
1881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
7256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
430	ULTRA GEL GL 5000 GR	39			

BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

17/05/2019 16:11

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1]

Nº: 38673350 17/05/2019 às 16.08

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S82

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S826

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

17/05/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

16.08

[1]

Cirurgia

PSEUDOARTROSE DE FIBULA

[1]

Cirurgião

THIAGO

[1]

1º Auxiliar

TACITO

[1]

Descrição Cirúrgica

PACIENTE EM DDH SOB RAQUI
 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS
 ACESSO MEDIAL
 RETIRADAS PLACAS E PARAFUSOS
 ACESSO LATERAL
 RETIRADA PLACA E PARAFUSOS
 CRUENTIZAÇÃO DO FOCO
 ENXERTIA LOCAL
 FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
 PASSADO TRANSINDESMAL PARA FIXAÇÃO
 DE LIGAMENTOS SINDESMÓTICOS
 SUTURA POR PLANOS
 CURATIVO

[1]

Códigos Dos Procedimentos

30728177 PSEUDOARTROSE
 30728142 LESOES LIGAMENTARES
 30732026 ENXERTC

[1]

Tácito Yuri Melo
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 14108 - TEOT 15349

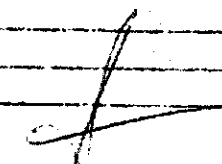
Hapvida
 AT-59178432 FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO
 PM-11631342

HOSPITAL Antônio Prudente
 PACIENTE Adilson José Gueiroz Luna CODIGO
 DATA INTERNAÇÃO 17/05/2019
 1 - PRORROGAÇÃO ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 2 - MEDICAMENTOS ALTO CUSTO ☐ - ESPECIFICAR

3 - MATERIAL ALTO CUSTO ☐ - ESPECIFICAR

JUSTIFICATIVA

Receita médica para exames laboratoriais


 MEDICO SOLICITANTE
 CARIMBO/ASSINATURA

AValiação DO MEDICO VISITADOR

MEDICO VISITADOR (ASSIN./CARIMBO)

DATA

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 61

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

17/05/2019 16:07

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

 Profissional(is): MARCIA SILVA AQUINO, ENFERMEIRO(A), COREN 754947 [1]
 MARCIA SILVA AQUINO COREN 754947 [2]

Nº: 38670600 17/05/2019 às 15 18

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	17/05/2019	[1]
------------------	------------	-----

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
------------------------	------	-----

Avaliação Pré-Anestésica	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-Anestesia	SIM	[1]
--	-----	-----

Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	[1]
----------------------------------	------	-----

Tricotomia	SIM	[1]
------------	-----	-----

Paciente Refere Alergia	SIM.	[2]
-------------------------	------	-----

Paciente Refere Alergia		
-------------------------	--	--

Se sim, especifique	PLAZIL E BROMOPRIDA	[2]
---------------------	---------------------	-----

Paciente Está Em Jejum	SIM	[2]
------------------------	-----	-----

ANTES 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	SIM	[2]
-------------------------------------	-----	-----

Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
---	------	-----

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não	[2]
---	-----	-----

Via Aérea Difícil	Não.	[2]
-------------------	------	-----

Confirmação De Vaga Em Uti	Não	[2]
----------------------------	-----	-----

Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.	[2]
--------------------------------	------	-----

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	NÃO	[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]
--	-----	-----

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM	[2]
---	-----	-----

Paciente: VISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc. 13/08/1979
Nº Prescrição: 21897334 17/05/2019 às 14:27
Leito: 133430/1 JCC-3

Atendimento: 59178432
Prontuário: 11631342
Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE	3/3h	ORAL					CRM-14108
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min					CRM-14108
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml					
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV	01:00		CRM-14108
Água Destilada		10 ml					
4. PROFENID IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV	01:00		CRM-14108
Soro Fisiológico 0.9%		100 ml					
5. DAPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	23:00	09:00	CRM-14108
Água Destilada		18 ml					
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	SN		CRM-14108
Soro Fisiológico 0.9%		100 ml					
Alta vigilância							
7. PLAMEF (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	01:00		CRM-14108
Água Destilada		18 ml					
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO		SN					CRM-14108
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOLCHOADA							CRM-14108
10. PUNCAO C/ JELCO		SN					CRM-14108
11. SINAIS VITAIS							CRM-14108
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS							CRM-14108
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC		SN					CRM-14108
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO							CRM-14108
15. COMPRESSÃO COM ÉTER		SN					CRM-14108

Profissional: CRM-14108

TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
 Convenio: HAPVIDA MATRIZ
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 13/08/1979
 Nº Prescrição: 0021897334
 Leito: 133430/1

Atendimento: 59178432
 17/05/2019 às 14.27
 Peso: 80.00 kg

Emissão 17/05/2019 20.05

Prontuário: 11631342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2. Hidratação Venosa

Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min Acesso Periférico

06.00

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83

ml/Kcal/dia 500ml

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)

Água Destilada

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR)

8/8h

EV

10ml

18/05-01:00

4. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG)

8/8h

EV

100ml

18/05-01:00

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

2 ML

(AMPL C/ 500MG)

6/6h

EV

18ml

23:00 : 18/05-05:00

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML

(AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

100ml

SN

Alta vigilância

7. AMPL C/ 100MG

Água Destilada

100mg

2 ML

(AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

18ml

18/05-01:00

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

10. PUNCAO C/ JELCO

SN

11. SINAIS VITAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOLCHOADA MEDIO

15.

Risco p/

- Flebite
- Perda de dispositivo
- Infecção

Dr. Lúcio José de Souza
 CUREN-CE 51.267-ENE

Assinatura
Prescritor

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Emissão 17/05/2019 20:05

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 13/08/1979
Nº Prescrição: 0021897334
Leito: 133430/1

Atendimento: 59178432
17/05/2019 às 14:27
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

Reservado para o SNO

ENTEROFIX

Ass

Legenda horário :

Indica item não administrado.

Indica item checado.

IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
COREN-CE 21.267 - RPP

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

fls. 65

Emissão 17/05/2019 20.05

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 13/08/1979
Nº Prescrição: 0021897334
Leito: 133430/1

Atendimento: 59178432
17/05/2019 às 14 27
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

SASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
PLAMET							
ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1						
GUAVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
PLAMET 10MG 2 ML AMPL 2 ML	1						
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	2						
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1						
DIPIRONA AMP							
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2						
ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2						
GUAVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2						
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	4						
PROFENID IV							
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
GUAVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
QUIPIL DO SORO SIMPLES - 1 UD	1						
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	4						
PROFENID 10MG IV FRAS 1 UD	1						
CEFAZOLINA SODICA							
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1						
GUAVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	4						
CEFAZOL FRAS 1 UD	1						
ÁGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	1						

ANTONIO
RESIDENTE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
17/05/2019 18:08

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nascimento: 13/08/1979

Atendimento: 591/6432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 21900811

17.05.2019 às 18:07

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

Enfermeiro(a): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO

Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE

Mantido: [1] OK

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades
Laterais Levantadas

Mantido: [1] OK

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: CALAFRIO

TRATAMENTO CIRURGICO

SECUNDARIOS A ANESTESIA

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido: [1] OK

PROMOVER AQUECIMENTO DAS
EXTREMIDADES

Mantido: [1] OK

Loretha Ingrid Sampaio Lima
COREN 400703-1/GO-ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

17/05/2019 06:08 PM

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 21900820

17/05/2019 às 18:08

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)

Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA (COREN 400703)

1 - ADMITIR/INSTALANDO

OXIMETRO DE PULSO

Mantido

MONITOR CARDIACO

Mantido

2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO

PADRAO RESPIRATORIO

Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Loretha Ingrid S. Lima
COREN 400703-5/19

Procedimento	SIM	
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		fls. 68
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM	[2]
Checkagem Completa Dos Equipamentos	SIM	[2]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM	[2]
Checkagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM	[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM	[2]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM	[2]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM	[2]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM	[2]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não se aplica	[2]
Preenchimento De Gulas 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	NÃO	[2]

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 18/05/2019 20:53

Paciente: IVISON JOSÉ QUEIROZ LUNA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 13/08/1979
Nº Prescrição: 0021910326
Leito: 1002/1

Atendimento: 59178432
18/05/2019 às 10:52
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-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 500ml
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g
(D2/2) Agua Destilada 10ml

4. PROFENID IV (100.00mg) 100mg
Soro Fisiológico 0.9%

5. DAPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg
Agua Destilada

1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV
100ml

2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV
18 ml

100ml (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV
18 ml

Alta vigilância

Agua Destilada

Suspensão as 20:27 da tarde
18/05/19

ATIVIDADE FÍSICA
ACOLCHADA

10. PUNCAO C/ JELCO

SN

11. BOMBA VIT. 10

12. SELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13.

06:00
14:00 22:00 19/05-06:00

14:00 22:00 19/05-06:00

12:00 18:00 19/05 00:00
19/05 08:00

10:00

14:20 22:00 19/05-06:00

11:00

11:00

11:00

11:00

PICADA TATUADA
18/05/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 18/05/2019 20:53

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
 Convenio: HAPVIDA MATRIZ
 Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 13/08/1979
 Nº Prescrição: 0021910326
 Leito: 1002/1

Atendimento: 59178432
 18/05/2019 às 10:52
 Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC		SN			11:00	:
14 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					11:00	:
15 COMPRESSÃO COM ÉTER		SN			11:00	:
16 OMEPRAZOL (40.00mg)	40 mg	1 FRAP (FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV	06:00	:
Agua Destilada		18 ml				
17 DRAMIN B6 IV (5.00mg/ml)	50 mg	10 ML (AMPL C/ 50MG)	8/8h	EV		
Soro Fisiológico 0.9%		100 ml		SN		

Reservado para o SNO

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado.

Indica item checado.

Assinado por: [Assinatura]
 Data: 18/05/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

fls. 71

Emissão: 18/05/2019 10:59

Paciente: IVISON JOSÉ QUEIROZ LUNA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 13/08/1979
Nº Prescrição: 0021910326
Leito: 1002/1

Atendimento: 59178432
18/05/2019 às 10:52
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL							
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	08:00				
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	14:00	22:00	19/05	06:00	
(D2+2)	Água Destilada	10 ml							
4. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV	14:00	22:00	19/05	06:00	
	Soro Fisiológico 0.9%	100 ml							
5. DÍPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	12:00	18:00	19/05	00:00	
	Água Destilada	18 ml			19/05	06:00			
6. TRAMADÓL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	10:56				
	Soro Fisiológico 0.9%	100 ml							
Alta vigilância									
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	14:00	22:00	19/05	06:00	Alta vigilância
	Água Destilada	18 ml							
8. SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO		SN			11:00				
9. CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA					11:00				
10. PUNÇÃO C/ JELCO		SN			11:00				
11. SINAIS VITAIS					11:00				
12. GEL O 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					11:00				
13. RETIRADA DE DRENO DE		SN							

Prescrição Médica
Carla Maria da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Emissão 18/05/2019 10:59

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
 Convenio: HAPVIDA MATRIZ
 Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 13/08/1979
 Nº Prescrição: 0021910326
 Leito: 1002/1

Atendimento: 59178432
 18/05/2019 às 10:52
 Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

PORTOVAC

11:00

14 CURATIVO COM ATADURA E GAZE
 ACOCHOADA MEDIO

11:00

15 COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

11:00

Reservado para Q.SND

ENTEROFIX

Ass

Legenda horário :

Indica item não administrado

Indica item checado

Prescrição Médica
 Carlos de Jesus
 18/05/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

fls. 73

Emissão 18/05/2019 10:59

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 13/08/1979
Nº Prescrição: 0021910326
Leito: 1002/1

Atendimento: 59178432
18/05/2019 às 10:52
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

CUSTOS

Descrição	Qtd	Descrição	Qtd	Descrição	Qtd
LAMET					
FRINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1	EXTENSOR 20CM C/2 VÍAS - 1 UD	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	CATETER INTRAVENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	KEFAZOL FRAP 1 UD	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
LAMET 100MG 2 ML AMPL 2 ML	1	Sondagem Vesical De Alivio		HV Vol Total: 500.00 Vig	
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	LUVA DE DESC ESTERIL N 7/8 - 1 PA	1	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 1000 ML	1
PIRONA AMP					
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	XYLOCAINA GELIA 2% BISI 30 GR	5	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1
FRINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	TORNEIRA 6 VÍAS - 1 UD	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML 30		TAMPA PONE LUER - 1 UD	1
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	GAZE 10X10 ESTERIL PCT 10 PCT 1 UD	2		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1		
PIRONA 100MG 2 ML AMPL 2 ML	2	Retirada De Drano De Portovac			
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	ESPARADRAPO TUBO 4CM 1CM	30		
PROFENID IV					
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	GAZE 10X10 ESTERIL PCT 10 PCT 1 UD	2		
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 20			
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1		
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	LUVA DE DESC ESTERIL N 7/8 - 1 PA	1		
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3	LAMINA DE BISTURI 1 - 1 UD	1		
FRINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1	SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML AMPL 10 ML 5			
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 1000 ML	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2		
TRAMADOL					
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	Curativo Medio+Sf+Gaze Acochoada			
TRAMAL 100MG 2 ML AMPL 2 ML	1	LUVA DE DESC ESTERIL N 7/8 - 1 PA	1		
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	GAZE 10X10 ESTERIL PCT 10 PCT 1 UD	3		
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 30			
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50		
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1	SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 1000 ML	1		
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 1000 ML	1	TRANSOFIX - 1 UD	1		
Puncão Cf Jeico					
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	Curativo Com Atadura E Gaze Acochoada Medi			
ATADURA DE CATETER - 1 UD	1	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2		
		GAZE ACOCHOADA 15X40 PCT 41 CM	2		
		CEFAZOLINA SODICA			
		AGUA DESTILADA 100ML 10 ML AMPL 10 ML	1		
		SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1		

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 09:53, sob o número 02386517720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6E9.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEMPágina 1 de 1
19/05/2019 09:20

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nascimento: 13/08/1979

Atendimento: E9178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 21919910

19/05/2019 às 09:17

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002.1

Enfermeiro(a): TAINA MENDES TAMBORIL

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO

Profissionais:

7 - RISCO DE INFECÇÃORelacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL**8 - RISCO DE LESÃO VÊNOSA**

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS 08:00 20:00

9 - DOR AGUDA/CRÔNICARelacionado a: REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFORTÁVEL
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS

REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR Mantido:

POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFORTÁVEL Manhã Tarde Noite

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS Mantido:

Taina Mendes Tamboril
COREN-CE 0238651-77

PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/05/2019 12:21 AM

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 59178432 Prontuario: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 21914920 19/05/2019 às 00:20
Posto: POSTO 1A Leito: 100211
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIARIA
Profissionais: TAINA MENDES TAMBORIL (COREN 522000)

1 - OBSERVAR

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Manhã	Tarde	Noite
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite

3 - RENOVAR/IDENTIFICANDO

TROCA DE CURATIVOS ATENTANDO PARA AS 10:00

4 - MANTER

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Taina Mendes Tamboril
COREN-CE 522.000-001

ANTONIO
PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002/1

Profissional(is): PRISCILA ARAUJO TEIXEIRA MELO ENFERMEIRO(A). COREN 499165 [1]

Nº: 38707978 18/05/2019 às 10:59

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

I J Q L 39 ANOS SEXO MASCULINO. DN 13/08/79

HD 1º PO PSEUDARTROSE DE TORNOZELO

COMORBIDADES SEM COMORBIDADES

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, COM AVP EM MSE FUNCIONANTE, PULSEIRA EM MSD, DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO, CURATIVO INTEGRAL SEM QUEIXAS ALGICAS, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

GERENCIAMENTO DE RISCO

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS, RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO, RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP

AValiação de DOR

Dor (0 A 10)

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

PRESCRIÇÃO MÉDICA

fls. 77

Página 1 de 1

Criação: 15052019

Paciente: NADSON JOSÉ OLIVEIRA LUNA

Condição: HAPYIDA MAIRZ

Posto: POSTO 1A

1. DETA: GERAL ADULTO PARA A IDADE

1. Nasc: 1998-1979

N. PRESCRIÇÃO: 21502570

198.920 P. 45.00.42

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11601342

Peso: 80.00 kg

2. HEPATOLIC VEDOSA Fase Única	Vol Total	500 ml	100 g/ml	Acesso Periférico
3. SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.53	mKcal/dia	500 ml		
3. OMEPRAZOL 40.00mg	40 mg	1 FRAP 1 FRAP 0.40MG	24/4h	EV
4. DRAVON 80.00 5.00mg/ml	50 mg	10 ML 100 ml	AMP. 0.50MG	8h EV SN
5. PROFENID 100.00 50mg	100 mg	1 FRAP 1 FRAP 0.100MG	8h	EV
6. DIPRONA AMP. 500.00 50mg/ml	1000 mg	2 ML 100 ml	AMP. 0.500MG	8h EV
7. TRAMADOL 150.00 50mg/ml	100 mg	2 ML 100 ml	AMP. 0.150MG	8h EV SN
8. SONDAGEM VESICAL DE ALMO				SN
9. CURATIVO MEDICADO GAZE ACOCHOADA				SN
10. PUNÇÃO VESICAL				SN
11. SANGUE VÍAS				SN
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS				SN
13. RETIRADA DE DRENHO DE PORTOVAC				SN
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO				SN
15. COMISSÃO COM ETÉR				SN
16. SONDAGEM VESICAL DE ALMO				SN
17. SONDAGEM VESICAL DE ALMO				SN
18. SONDAGEM VESICAL DE ALMO				SN

451541

FRANCISCO JOSE PRATO FILHO

P. 102.854.101

15/05/2019 09:11

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADSON JOSÉ OLIVEIRA LUNA, sob o número 02386517720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6EC.

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

fls. 78

Emissão: 19/05/2019 09:22

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 13/08/1979
Nº Prescrição: 0021922520
Leito: 1002/1

Atendimento: 59178432
19/05/2019 às 08:42
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1 DIETAGERAL ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL				10:00	13:00	16:00	19:00
						22:00	20/05-01:00	20/05-04:00	
2 Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	06:00			
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500ml						
3 OMEPRAZOL (40.00mg)		40 mg	1 FRAP (FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV	06:00			
Água Destilada			18 ml						
4 DRAMIN B6 IV (5.00mg/ml)		50 mg	10 ML (AMPL C/ 50MG)	8/8h	EV				
Soro Fisiológico 0.9%			100 ml						
5 PROFENID IV (100.00mg)		100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV	14:00	22:00	20/05-06:00	
Soro Fisiológico 0.9%			100 ml						
6 DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)		1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	12:00	18:00	20/05-00:00	
Água Destilada			18 ml						
7 TRAMADOL (50.00mg/ml)		100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV				
Soro Fisiológico 0.9%			100 ml						
Alta vigilância									
8 SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO									
9 CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA									
10 PUNCAO C/ JELCO									
11 SINAIS VITAIS									
12 GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS									
13 RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC									
14 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO									
15									

Sarah Maria R. Lima
CURADORIA 426811-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

fls. 79

Emissão 19/05/2019 09 22

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 13/08/1979
Nº Prescrição: 0021922520
Leito: 1002/1

Atendimento: 59178432
19/05/2019 às 08.42
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

16 Alta em: 19/05/2019

ALTA MELHORADO

Alta dada por: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado.

Indica item checado.


Sarah Maria R. Lima
CUR-CE-420311-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

fls. 80

Emissão 19/05/2019 09:22

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 13/08/1979
Nº Prescrição: 0021922520
Leito: 1002/1

Atendimento: 59178432
19/05/2019 às 08:42
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 11631342

ASTOS

Descrição	Qtde	Descrição	Qtde	Descrição	Qtde	Descrição	Qtde
-----------	------	-----------	------	-----------	------	-----------	------

ANTONIO
PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/05/2019 09:24

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002/1

Profissional(is): SARAH MARIA RODRIGUES LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 420811 [1]

Nº: 38746517 19/05/2019 às 09:24

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

[1]

I J Q L 39 ANOS, SEXO MASCULINO, DN: 13/08/79

HD 2º PO PSEUDARTROSE DE TORNOZELO

COMORBIDADES SEM COMORBIDADES

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO
MANTEM AVP EM MSE FUNCIONANTE PULSEIRA EM MSD
DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO CURATIVO
ÍNTegro SEM QUEIXAS ALGICAS
ALTA HOSPITALAR

#GERENCIAMENTO DE RISCO#

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS.

RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO 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

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10):

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah Maria R. Lima
COREN-CE 420811-EXT

17/05/2019 14:24

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]

Nº: 38667394 17/05/2019 às 14:22

IDENTIFICAÇÃO

Nome	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	[1]
Sexo	Masculino	[1]
Idade	39 A 9 M	[1]
Data De Nascimento	13/08/1979	[1]
Nº Atendimento	59178432	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
----------------	---	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	TTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DE TORNOZELO	[1]
-----------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

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

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

fls. 83

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

17/05/2019 14:34

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dt. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 59178432	Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]	Nº: 38667963	17/05/2019	às 14:32

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PCT SUBMETIDO A TTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE EM TORNOZELO ESQ. SEM INTERCORRENCIAS	[1]
	CD: ENCAMINHO A RPA	
CID 10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

18/05/2019 10:53

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002/1

Profissional(is): WENDELL DE ALCANTARA MENDES, MÉDICO, CRM 14753 [1]

Nº: 38707637 18/05/2019 às 10:52

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT SUBMETIDO A TTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE EM
TORNOZELO ESQ EM PRIMEIRO PO PCT SEM DOR, FO LIMPA E
SECA, AVALIAR ALTA AMANHA [1]

CID 10

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [1]

Wendell de Alcantara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14753 / SBO1 16025

19/05/2019 09:09

Prontuario: 11631342

Leito: 1002:1

Nº: 38745890 19/05/2019 às 09:08

Evolução Do Paciente

PCT SUBMETIDO A TTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE EM TORNOZELO ESQ EM segundo PO. PCT SEM DOR . FO LIMPA E SECA. ALTA HOSPITALAR

[41]

CID 10

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

{ 1 }

TECH 155271 ORN 13246



(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF:

Médico:

CRM:

Data de Nasc.

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 Sedação BV + Raquianestesia ou a seguinte alternativa anestésica Anestesia Geral

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando 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.

17 de 05 de 20 19

Hora: 11:48

Nome legível:

IVISON JOSE QUEIROZ LIMA

Assinatura:

Grau de parentesco do responsável:

CPF:

629.183.383-20

TESTEMUNHA

Nome legível:

Assinatura:

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Dra. Rosa de Fátima Costa
Anestesiologista
CREMESP 14.325
RPF 11/12

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



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Paciente: José José Eduardo Lima

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: 11631242

Idade: 100 Anos Sexo: M Altura: 1,53m Peso: 73,0kg

Sólidos: 23,0kg Líquidos: 23,0kg

Adulto: X Criança: 0

Cirurgia/Procedimento: Prostatactomia em Tiroide Esquerda

Diagnóstico: Amplamento (prostate)

AValiação Clínica

Cardio-circulatório ☒ Negativo
 Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Valvulopatia
☐ Angina ☐ Arritmia
☐ Coronariopatia ☐ Angioplastia
☐ Infarto do miocárdio ☐ DVP
☐ Insuf. Cardíaca ☐ AAA
☐ Outras _____

Respiratório ☒ Negativo
☐ Dependência O₂ ☐ asma
☐ Apnéia do sono ☐ Tuberculose
☐ DVAS recente ☐ DPOC
☐ Expectoração ☐ Outras _____

Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo
☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Gastrite
☐ Úlcera péptica ☐ Hepatite
☐ Vômito/ diarreia ☐ Ictericia
☐ Hérnia de hiato ☐ Cirrose
☐ Obst. intestinal ☐ Outras _____

Neurológico ☒ Negativo
☐ Convulsões ☐ AVC
☐ Dormência/ fraqueza ☐ Cefaleia
☐ Lesão medular ☐ PIC
☐ Outras _____

Renal ☒ Negativo
☐ Doença renal crônica ☐ Diálise
☐ Insuficiência renal
☐ Outras _____

Hematológico ☒ Negativo
☐ Transfusão prévia ☐ Coagulopatia
☐ Plaquetopatia ☐ Anemia
☐ Outras _____

Músculo esquelético ☒ Negativo
☐ Dor lombar ☐ Artrite
☐ Musculodistrofia
☐ Outras _____

Endócrino ☒ Negativo
☐ Diabetes tipo _____
☐ Patologia da tireoide
☐ Outras _____

Câncer ☒ Negativo
☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia
☐ Outras _____

Infeccioso ☒ Negativo
☐ HIV ☐ Outras _____

Gravidez ☒ Negativo
☐ Idade gestacional _____ semanas

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)

Hábitos Sociais ☒ Negativo
☐ Tabaco ☐ Cigarros/dia
☐ Alcool ☐ Drogas
☐ Outras _____

Alergias ☒ Negativo

Tipos/Alérgico	Sintomas
Medicamentosos	
Alimentos	
Outros	

Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Outros
Prostatactomia		
Amplamento		
Outros		

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório
☐ Sim ☒ Não

Histórico familiar - problemas com anestesia
☐ Sim ☒ Não

Exame Físico
 Cardíaco: B2, R2, F2, S1 - Sem SA
 Resp: NV + R2, S2 - Sem R2
 Neuro: Exame Normal
 Regional: Prostatactomia
 Outro: Exame Normal

Laboratório

Exame	Resultado
Hemograma	<u>12.200 / 46.000</u>
Ureia	<u>3,0 mg/dL</u>
Creatinina	<u>0,8 mg/dL</u>
Glucose	<u>100 mg/dL</u>
Hemoglobina	<u>14,0 g/dL</u>
Hematócrito	<u>42,0 %</u>
Hemácias	<u>4,2 milhões/mm³</u>
Plaquetas	<u>140.000/mm³</u>
Proteínas	<u>7,0 g/dL</u>
Albumina	<u>4,0 g/dL</u>
Imunoglobulinas	<u>Normal</u>

Via aérea
 História de via aérea difícil ☐ Sim ☒ Não

Malfunção
☐ Sim ☒ Não

Distância esterno/mento _____ cm

Dentição/Prognatismo _____

Outros

Hemorragias ☒ Negativo

Tipagem solicitada NR

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA
☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Emergência ☒ Sim ☐ Não

Planejamento Anestésico
Sedação EV + Arguamida

Calorimetria: 5,7 (100%) 5,42 (1,03)

Assinatura: _____ Data: 14/05/19

Assinatura: _____ Data: 14/05/19

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	IVIRTON JOSE QUEINOZ BARRA
Data de nascimento	13/08/1979
Nome do(a) responsável legal	Fátima Freire (esposa)
Procedimento a ser realizado	Pseudotumor

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Desde 23:00 no dia
Possui alergia a medicação ?	X		Exatopirina, plavix
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses	X		Entregue ao acompanhante
Cirurgias anteriores	X		Apêndice
Identificação com pulseira	X		

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros
Banho pré operatório	X			
Tricotomia cirúrgica				

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

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros
Qual a lateralidade		X	
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou :

3. Termos:

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

Local e data:

Fort 17/05/19

Horário: 13:20

OSUV
PA=150x80mmHg
T=35.7°C
FC=96 bpm
FR=15 rpm

[Assinatura]

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

[Assinatura]

COREN-CE 1348182-7F

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Obra: Tumor Drenante
às 11:00 hrs
Referiu estar
tranquilo e
satisfeito



ANTONIO PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 14/05/19

Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME COMPLETO: Edna Maria Said Silva DATA NASC: 13/08/49 IDADE: 39 PESO: _____ SEXO: MM (1)
 CIRURGIA REALIZADA: Pandectomia CIRURGIÃO: Dr. Thiago HORA DA ENTRADA NA RPA: 16:40 h

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (irpm)	TEMPERATURA (°C)	GLICEMIA (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
16:40	132/72	98	18	35.5	—	99%	—	Edna Maria Said Silva
16:55	107/68	96	18	35.6	—	100%	—	Dr. Edmundo
17:10	131/72	89	21	35.7°C	—	99	—	Dr. Edmundo
17:25	128/72	85	19	35.9°C	—	98	—	Dr. Edmundo
17:40	119/73	91	18	36.3°C	—	99	—	Dr. Edmundo
18:00	126/70	96	20	36.7°C	—	99	—	Dr. Edmundo
18:40	139/75	98	22	36.0°C	—	98	—	Dr. Edmundo

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	16:40	18:10				
	CONSCIÊNCIA	2	2				
	ATIVIDADE	1	2				
	RESPIRAÇÃO	2	2				
	CIRCULAÇÃO	2	2				
	SpO2	2	2				
	TOTAL	9	10				

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORARIO DA ALTA DA RPA:

MEDICO: Dr. Edmundo

ENFERMEIRO(A): Corelly S. Lima

ARM 15.375

CORENCE 400.700-ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 90

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

17/05/2019 18:36

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 59178432 Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1
Profissional(is): MARCIA SILVA AQUINO, ENFERMEIRO(A), COREN 754947 [1] Nº: 38670750 17/05/2019 às 15:20
MARCIA SILVA AQUINO COREN 754947 [2]

PACIENTE

Data De Admissão 17/05/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Eletiva [1]

Data Da Cirurgia 17/05/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto PSEUDARTROSES DO TORNOZELO ESQUERDO [1]

Pulseira De Identificação MSD [1]

Comorbidades NÃO [1]

Nome, dosagem, frequência NÃO [1]

Alergia- Descrição SIM [1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento MARCIA [1]

Hora 14:30 [1]

Sala 4 [1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia INTEGRA [1]

Início Da Anestesia 14:40 [1]

Término Da Anestesia 16:20 [2]

Início Da Cirurgia 15:10 [1]

Término Da Cirurgia 16:30 [2]

Instrumentador ANDREIA E LIA(ORTOGENESE) [1]

Circulante MARCIA [1]

Posição do paciente durante o ato operatório Dorsal [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado TORNOZELO ESQUERDO [1]

Numero Inicial De Compressas 20 UD [1]

Contagem Final De Compressas 20 UD [1]

Medicações/hora KERFAZOL 2 GR AS 15:00 [1]

Exames De Imagem Sim [1]

Clorexedine Alcoólico Sim [1]

Clorexedine Degermante Sim [1]

Material PEQUENOS FRAGMENTOS [1]

Fornecedor ORTOGENESE [1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia INTEGRA [1]

Grau De Contaminação Limpa [1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 91

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO J. PRUDENTE LTDA - HAPFOR

17/05/2019 16:36

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
SINAIS VITAIS		
Pulso	99 bpm	[1]
PA	136/82	[1]
FC	100 bpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	17/05/2019	[1]
Hora	15:28	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PACIENTE I. J. Q. L. DE 38 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO CC PARA TTO CIRURGICO COM DR TIAGO AGUIAR. PACIENTE ORIENTADO, CONCIENTE, VERBALIZANDO, SOB EFEITO DE ANESTESIA SEDAÇÃO E RAQUE COM DRA ROSA. APÓS O PROCEDIMENTO ENCAMILHADO PARA SRPA, SEGUE A AOS CUIDADOS	[2]
Intercorrências	SEM	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	TORNOZELO ESQUERDO	[2]
Dreno	NÃO	[2]
Placa De Bisturi	NÃO	[2]
Punções Venosas	MSE	[2]
Coxim	NÃO	[2]
PÓS-OPERATÓRIO		



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
59531579

!^X2r"

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

09/07/2019 19:16:48

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11631342	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	M	13/08/1979	39

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
97029138526 SSP CE	62918338320		1-CASADO

Endereço
R 07,258 - PARQUE 2 IRMÃOS, FORTALEZA(CE) CEP 60743270

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
999736064	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57756000870009019		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
31/05/2019	08:58		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -11.10) FELIPE GOMES DA SILVA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/07/2020 19:20

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59531579

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): **TIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CPM 11508 (1)**

Nº: 39367738 31/05/2019 às 09:03

ANAMNESE

Queixa Principal POS OP TORNOZELO [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]

CID10 S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/07/2019 19:55

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 59531579 Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2
Profissional(is): RAMON DA SILVA COSTA COREN 1341712 Nº: 39385173 31/05/2019 às 14:08

CUIDADOS DE ENFERMAGEM**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE**

RETIRADA DE PONTOS 1 JUSTIFICADO AS 14:05, EM 31/05/2019 POR RAMON DA SILVA COSTA, COREN/CE 1341712. MOTIVO: J

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/07/2019 19:18

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59531579

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): RANON DA SILVA COSTA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 1341712 [1] Nº: 39385178 31/05/2019 às 14:08

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

OK

[1]



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
59941523

!^Ç2.90

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

09/07/2019 19:16:57

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11631342	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	M	13/08/1979	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
97029138526 SSP CE	62918338320		1-CASADO	
Endereço				
R 07,258 - PARQUE 2 IRMÃOS, FORTALEZA(CE) CEP 60743270				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
996736064				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CAUTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
57756000870009019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
17/06/2019	14:43		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) FELIPE GOMES DA SILVA



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/07/2019 19:13

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59941523

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

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

Nº: 40194599 17/06/2019 às 14:58

ANAMNESE

Queixa Principal RETORNO POSOP DO DR TIAGO [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]

CID10 S828 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/07/2019 19:18

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59941523

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): **SIMÃO AGUIAR CAVACONTI DE OLIVEIRA CRM 11506 (1)**

Nº: 40197093 17/06/2019 às 15:35

ANAMNESE

Queixa Principal

BOA EVOLUÇÃO

(1)

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

(1)

CID10

S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

(1)

Alergias

Não

(1)

Medicação Em Uso

Não

(1)

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

(1)

DIAGNÓSTICO

CID10

S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

(1)

CID10

S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

(1)

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
60408992

!_K|Ä"

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

09/07/2019 19:17:11

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11631342	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	M	13/08/1979	39

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
97029138526 SSP CE	62918338320		1-CASADO

Endereço
R 07,258 - PARQUE 2 IRMÃOS, FORTALEZA(CE) CEP 60743270

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
999738064	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57756000670009019		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/07/2019	13:18		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3184358 ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1 10) FELIPE GOMES DA SILVA



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/07/2019 19:19

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 60408992

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): ANDRÉ GASTRO ALONSO CARVALHO CFM 11537 [1]

Nº: 41125039 08/07/2019 às 13:22

ANAMNESE

Queixa Principal

RETORNO DR THIAGO AGUIAR

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

M24 OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECIFICOS

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M24 OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECIFICOS

[1]

CID10

M24 OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECIFICOS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTE

**FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/07/2019 19:38

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 60408992

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA CRM 10310 [1]

Nº: 41133067 08/07/2019 às 15:47

ANAMNESE**Queixa Principal**

PACIENTE VEM PARA REAVALIAÇÃO DE FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO. RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO. [1]

RELATA AINDA LOMBALGIA À DIREITA. RADIOGRAFIA SEM ALTERAÇÕES

CD: ANALGESIA
ORIENTO RETORNO COM MÉDICO ASSISTENTE.

Nome: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

ID Paciente: 11631342

Número de Acesso: 6300909821

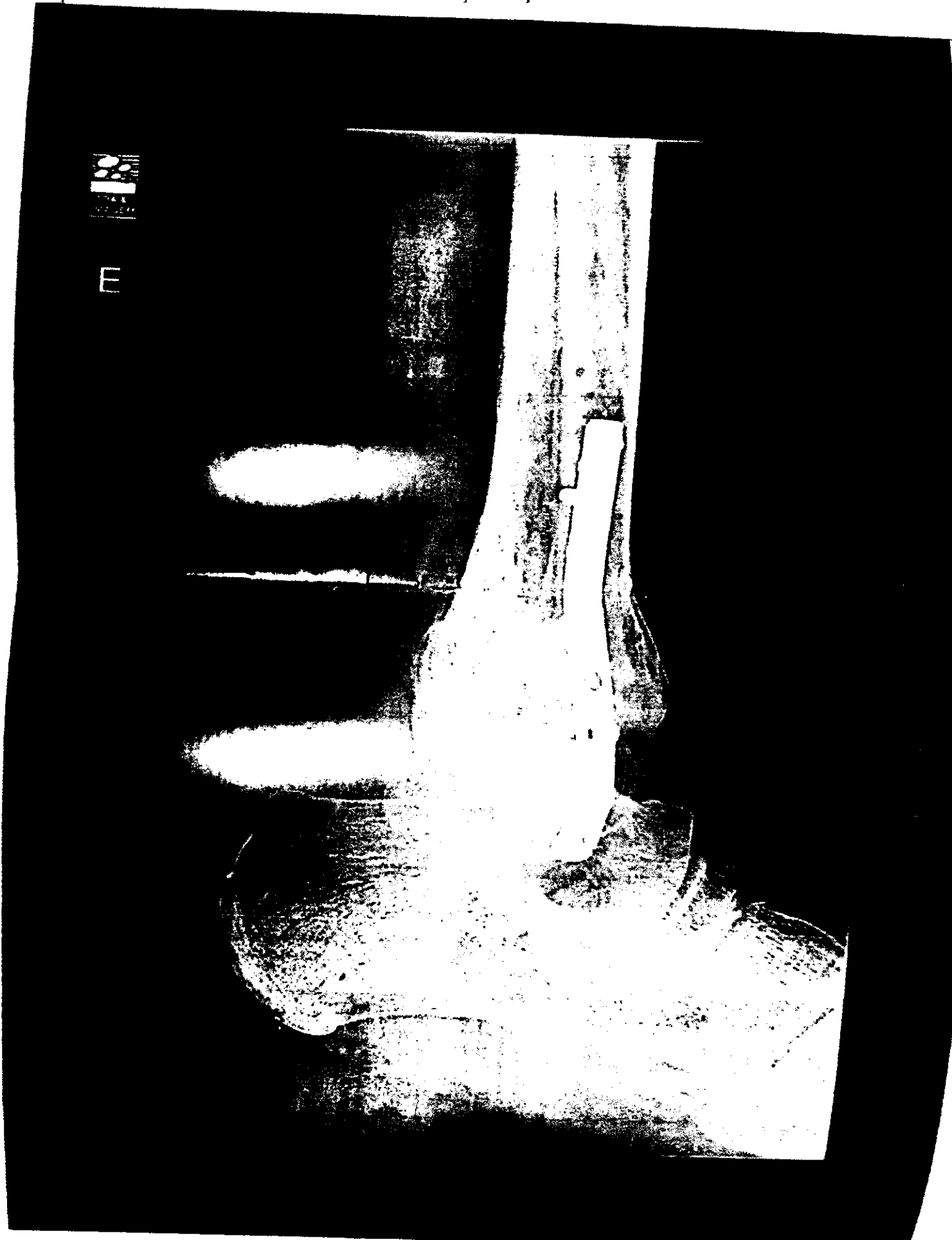
fls. 102

13/08/1979 40

Data do Exame: 25/10/2019

2 de

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 09:53, sob o número 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6F5. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pd/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0238651-77.2020.8.06.0001 e código 6D9A6F5.



Nome: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

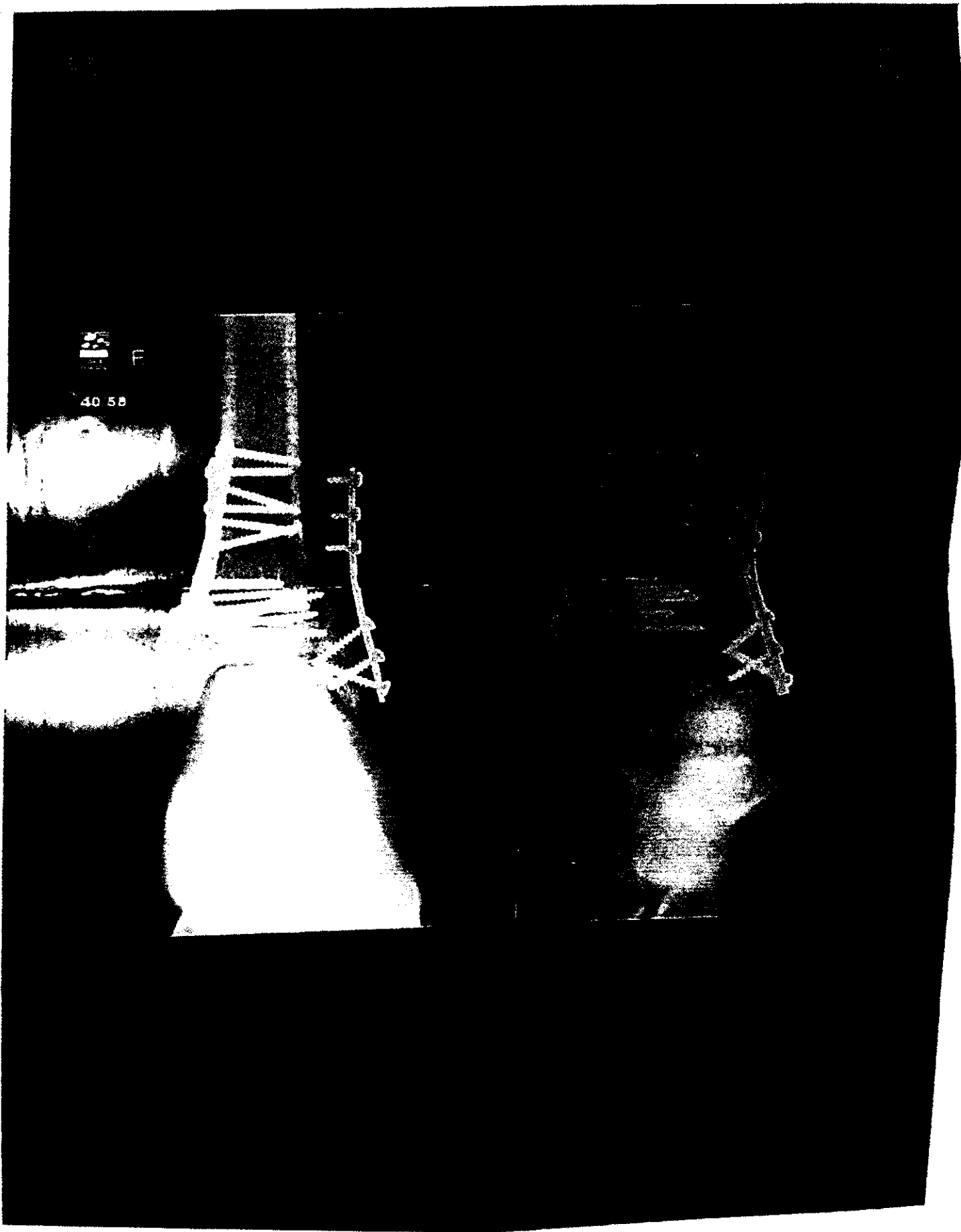
ID Paciente: 11631342

Número de Acesso: 5520006221

fls. 103
13/08/1979 39

Data do Exame: 27/11/2010

1 de 2



ANTONIO
PRUDENTE**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Médico TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA

Paciente IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Atendimento 17/05/2019

RECEITA

OXOTRON 60MG ————— 01 CX

01 COMP DE 8/8H POR 5 DIAS

RP3000H

TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA

17/05/2019 14 37

102 85 4 101

ANTONIO
PRUDENTE**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - APFOR**

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**Nome Completo: TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMACRM: 14108UF: CEAV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel
32694001Cidade: FORTALEZAUF: CE1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO**Paciente:** IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**Endereço:** 07 258 CASA G CONJ MIRASOL PARQUE 2 IRMÃOS FORTALEZA CE 60743270 Tel.
999736064**Prescrição:**TRAMADON RETARD 100MG ----- 01
CX

01 COMP DE 12/12H, SE DOR INTENSA

1) MANTER TALA

2) RETORNAR COM DR TIAGO AGUIAR DIA 31/05/19 NA EMERGENCIA DA TRAUMATOLOGIA

Data : 17/05/2019**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



ALTA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/07/2019 19:13

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 59941523 Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11868 (1) Nº: 40197102 17/06/2019 às 15:36

CONDICION DE ALTA

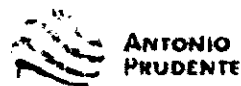
Alta do Paciente Sim [1]

Alta do Paciente Sim [1]

DATA DE ALTA

Data De Alta 17/06/2019 [1]

Hora De Alta 15:36 [1]



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA** as 08:15 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **90 (NOVENTA)** dias,
a partir de 19/11/2018, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S42

Código da Doença

S42.0

Local e Data

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA

CRM 8260

Assinatura Colocação do CID. Assinado em _____

Código de Autenticação: BFP11111/0000

Fratura de perna (S42)
dp Acidente em dia de trabalho
Afastado - 19/11 a 03/12/18
ENC INSS

Dr. Rafael Bezerra Nogueira
CRM 8260
19/11/2018

**ANTONIO PRUDENTE**

Declaro que Visan foi Queiriz
huma, segundo o mesmo informo,
Vítima de acidente automobilístico,
Sofreu fratura de Pélao Tíbia e
Tarsal. Submeteu-se a Tratamento
cirúrgico e segue com dor e
claudicação que devem permanecer
como sequelas definitivas

10104119

Dr. Thiago Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril e Trauma
CRM 11506 - TEOT 130251/SBQ

Hospital Antônio Prudente - Av. Aguanambi, 1827, Bairro de Fátima



ANTONIO PRUDENTE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que
 Sra. Joice Queiroz Lima encontra-se
 em reabilitação pós-operatória do
 Pito Tibial. Pode se manter afastado
 de suas atividades pois ainda não
 está apto para o retorno. Tempo
 necessário para aptidão de mais

03 (Três) meses

15/02/19

Dr. Thiago Cavalcanti
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia de Quadril e Trauma
 CRM 12.546 - TEOT 130251/SBQ

Hospital Antônio Prudente - Av. Aguanambi, 1827, Bairro de Fátima

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA** às 15:31 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dias, a partir de 10/07/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S826

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

CRM 11506

Aceito a Colocação do CID Assinado us _____

Código de Autenticação BIEPK/9DTY6K0
Solicitação da Senha 10/07/2019 14:12:41

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA 10/07/2019 15:51

182 85 1 101



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA** às 14:36 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dias, a partir de 17/05/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S82

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA

CRM 14108

Aceito a Colocação do CID Assinado us

Código de Autenticação : BPKOR59D7L3K0

PC2002

TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA

17/05/2019 14:36

192.85.4.101

SINISTRO 3190157760 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**CPF/CNPJ:** 62918338320**Posição em 29-05-2020 11:44:19**

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

Histórico de Pagamentos			
Data do Pagamento	Valor em R\$	Juros e Correção em R\$	Total em R\$
15/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
22/05/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75