

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200293240

Vítima: WASHINGTON LUIS MOURA

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WASHINGTON LUIS MOURA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: WASHINGTON LUIS MOURA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000002608-5

Conta: 000008966-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020488216



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1355 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/08/2020 12:47:09**
Data / Hora da Ocorrência: **22/02/2020 06:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV HISTORIADOR RAIMUNDO GIRAÓ, PRAIA DE IRACEMA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **WASHINGTON LUIS MOURA**
Nascimento: **01/08/1977** CPF: **771.451.603-82**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **RAIMUNDA MOURA DE ARAUJO**
Endereço: **RUA RIO PARAGUAI , 720**
Bairro: **JARDIM IRACEMA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98516-2955**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCF6229** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2JC4120CR520742 Renavam: **395237181** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
ROXA Proprietário: **WASHINGTON LUIS MOURA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OCF-6229 NA AV. HISTORIADOR RAIMUNDO GIRAÓ, QUE NA VIA UMA CAMINHÃO DE PLACAS NÃO ANOTADAS HAVIA PASSADO E ROMPIDO FIOS DE UM POSTE, QUE A VITIMA NÃO VIU OS FIOS E E ENGANCHARAM NA MOTO NO MOMENTO QUE PASSAVA, VINDO A DERRUBAR A VITIMA DE CIMA DA MOTO NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE. ///////////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS DO CLIENTE
WASHINGTON LOIS MOURA
RUA RIO PARAGUAI, 720, JARDIM IRACEMA
FORTALEZA - CEP: 60341-270
Codificação: 001.041.0112.0340.0000.00.00
Padrao do imóvel: REGULAR

Emissão: Imediataopp Ime: 356615075721469 Leit.: 0294 Data: 18/06/2020 H: 10:55:29 R: 114 Via: 001

ECONOMIAS	001	000	000	000
Residencial:	Comercial:	Industrial:	Pública:	

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

AGUAIço	A19N488044	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral (m³)
---------	------------	------------------	---------------	---------	----------------------

Leitura atual: 18/06/2020	Emissão: 18/06/2020	Lacre água: 4229439
Leitura anterior: 19/05/2020	Proxima leitura: 18/07/2020	Lacre esgoto: 173833

No de amostras	AGUAI	ESGOTO	ANALISADAS	CONFORMES	COLIFORMES TOTAIS	ESCHERICHIA COLI
Exigidas	255	255	061	255	255	255
Analisadas	264	264	264	263	263	263
Em conformidade	263	257	238	255	263	263

AGUAI
ESGOTO
TARIFA DE CONTINGEN 0/0
Valor (R\$)
 00,00
 47,58
 0,00

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
jun/19	10	8
jul/19	11	9
ago/19	12	11
set/19	14	12
out/19	15	8
nov/19	11	10
dez/19	13	8
jan/20	10	12
fev/20	16	12
mar/20	15	15
abr/20	19	10
mai/20	13	

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Inscrição	Valor (R\$)
COFINS	5,52

SUBSIDIO

VALOR DO SERVIÇO	VAL (R\$)
VALOR DO SUBSIDIO	15,85
VALOR TOTAL A PAGAR	115,67

06/2020
06/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.217.413 / 77 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

WASHINGTON LUIS MOURA inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.451.603 / 82

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima WASHINGTON LUIS MOURA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.451.603 / 82 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA PROFESSOR CABRAL	Número: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA
E-mail: RCS27310@GMAIL.COM		CEP: 60.762-775
		Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 13 DE AGOSTO DE 2020

X Alexandre Barbosa da Cruz
Assinatura do Declarante

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/07/2020 16:07

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65721610

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/5

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

Nº: 51269346 22/02/2020 às 06:25

ANAMNESE

Queixa Principal Queda de moto, com trauma em ombro e joelho direito [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS [1]

CID10 T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE
Paciente 27896
Atendimento

**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
65721610



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

10/07/2020 16:12:19

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17536602	WASHINGTON LUIS MOURA	M	01/08/1977	42

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
94010033848 SSP CE	77145160382		1-CASADO

Endereço
R RIO PARAGUAI, 720 - JARDIM IRACEMA, FORTALEZA(CE) CEP 60341270

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
999029263	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
B2111000132004011		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
22/02/2020	06:21		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

#4310PA 41 101 MARLENE ARAUJO FERREIRA

CLASSE PRONTUÁRIO
F3412 27851
Assinatura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35743750

Data 22/02/2020

Pag 1 de 2

Paciente...: 17530602 WASHINGTON LUIS MOURA

Nascimento.: 01/08/1977 Sexo: M RG.: 94010033848 SSP CE CPF.: 77145160382

Endereco...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel.: 999029263

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B2111000132004011

CENTRO CIRURGICO

Solicitante: Dr(a) WENDELL DE ALCANTAR

Queixa Principal:

FRATURA COXA-FEMUR

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) DIREITA

!dkr}B"

6572799031

RELATÓRIO:

Exame realizado em centro cirúrgico com limitações técnicas.

Presença de fixador externo, estabilizando fratura complexa e cominutiva em terço proximal da tibia.

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



ANTONIO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35743750

Data 22/02/2020

Pag 2 de 2

Paciente...: 17530602 WASHINGTON LUIS MOURA

Nascimento...: 01/08/1977 Sexo: M RG.: 94010033848 SSP CE CPF.: 77145160382

Endereço...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 6034127-0 Tel.: 999029263

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B2111000132004011

Solicitante: Dr(a) WENDELL DE ALCANTAR

Queixa Principal:

FRATURA COXA-FEMUR

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO

!dkr}C"

6572799032

RELATÓRIO:

Exame realizado em centro cirúrgico com limitações técnicas.

Presença de fixador externo, estabilizando fratura complexa e cominutiva em terço proximal da tibia.

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



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAPFOR

NºPedido: 35740866

Data 22/02/2020

Pag 1 de 1

Paciente...: 17530602 WASHINGTON LUIS MOURA

Nascimento...: 01/08/1977 Sexo: M RG.: 94010033848 SSP CE CPF.: 77145160382

Endereco...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel.: 999029263

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B2111000132004011

Solicitante: Dr(a) JACKIRLEI ARAGAO D

Queixa Principal:

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC

!dk3-L"

6572161041

Metodologia: exame realizado com corte axiais finos, com aquisição volumétrica (multislice), sem injeção do meio de contraste endovenoso.

Análise do joelho direito:

Exame de WASHINGTON LUIS MOURA do dia 22-FEV-2020 (acidente automobilístico com lesão contusa em ombro e joelho direitos).

Presença de fratura cominutivas nas eminências intercondilares tibiais e estendendo-se obliquamente para a região metafisária tibial medial. Há leve infradesnívelamento do côndilo tibial medial, sem separação (gap) significativa.

Moderada quantidade de líquido na bursa suprapatelar.

Fêmur distal e patela preservados.

Fíbula proximal íntegra, sem sinais de luxações.

Observação: estruturas cartilaginosas e ligamentares podem ser melhor analisadas em exame de RM.

* Exame documentado em CD.

TJONG TJUANG THANG - CRM 72286-SP



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35923962

Data 05/03/2020

Pag 1 de 1

Paciente...: 17530602 WASHINGTON LUIS MOURA

Nascimento...: 01/08/1977 Sexo: M RG.: 94010033848 SSP CE CPF.: 77145160382

Endereço...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel.: 999029263

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B2111000132004011

RPA - RECUPERAÇÃO

Solicitante: Dr(a) MARCIO CARVALHO CAS

Queixa Principal:

FRATURA DE TIBIA

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO

!dÜrÑB

6598799631

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia proximal com placa metálica e parafusos.

Há irregularidade de contorno cortical na região do platô tibial lateral e espinhas tibiais.

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



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35750763

Data 24/02/2020

Pag 1 de 1

Paciente...: 17530602 WASHINGTON LUIS MOURA

Nascimento...: 01/08/1977 Sexo: M RG.: 94010033848 SSP CE CPF.: 77145160382

Endereço...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel.: 999029263

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B2111000132004011

1R I FITO 1 - 1331R0

Solicitante: Dr(a) FRANCISCO JOSE FROT

Queixa Principal:

FRATURA COXA-FEMUR

Exame:

RX CLAVICULA DIREITA

!dkr}L"

6572799041

RELATÓRIO:

Presença de fratura com desvio e sobreposição de extremidades ósseas em terço médio da clavícula.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

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



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35789886

Data 28/02/2020

Pag 1 de 1

Paciente...: 17530602 WASHINGTON LUIS MOURA

Nascimento...: 01/08/1977 Sexo: M RG.: 94010033848 SSP CE CPF.: 77145160382

Endereco...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel.: 999029263

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B2111000132004011

CENTRO CIRURGICO

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

FRATURA COXA-FEMUR

Exame:

RX CLAVICULA DIREITA

!dkr}.\$"

65727990111

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação metálica de fratura em clavícula.

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



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35740289

Data 22/02/2020

Pag 1 de 3

Paciente...: 17530602 WASHINGTON LUIS MOURA

Nascimento...: 01/08/1977 Sexo: M RG.: 94010033848 SSP CE CPF.: 77145160382

Endereço...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel.: 999029263

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: B2111000132004011

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

Exame:

RX CLAVICULA DIREITA

!dk3-B"

6572161031

RELATÓRIO

Presença de fratura com desvio e sobreposição de extremidades ósseas em terço médio da clavícula.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

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

ANTONIO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35740289

Data 22/02/2020

Pag 2 de 3

Paciente...: 17530602 WASHINGTON LUIS MOURA**Nascimento...:** 01/08/1977 **Sexo:** M **RG...:** 94010033848 **SSP** CE **CPF...:** 77145160382**Endereco...:** R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 **Tel...:** 999029263**Convenio...:** HAPVIDA**Matricula...:** B2111000132004011**Solicitante:** Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C**Queixa Principal:****Exame:**

RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!dk3-C"

6572161032

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35740289

Data 22/02/2020

Pag 3 de 3

Paciente...: 17530602 WASHINGTON LUIS MOURA

Nascimento...: 01/08/1977 Sexo: M RG.: 94010033848 SSP CE CPF.: 77145160382

Endereco...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel.: 999029263

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B2111000132004011

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO

!dk3-D'

6572161033

RELATÓRIO:

Presença de fratura complexa, envolvendo o platô tibial lateral, região das espinhas tibiais e tibia proximal, com desvio posterior e inferior do fragmento ósseo do platô.

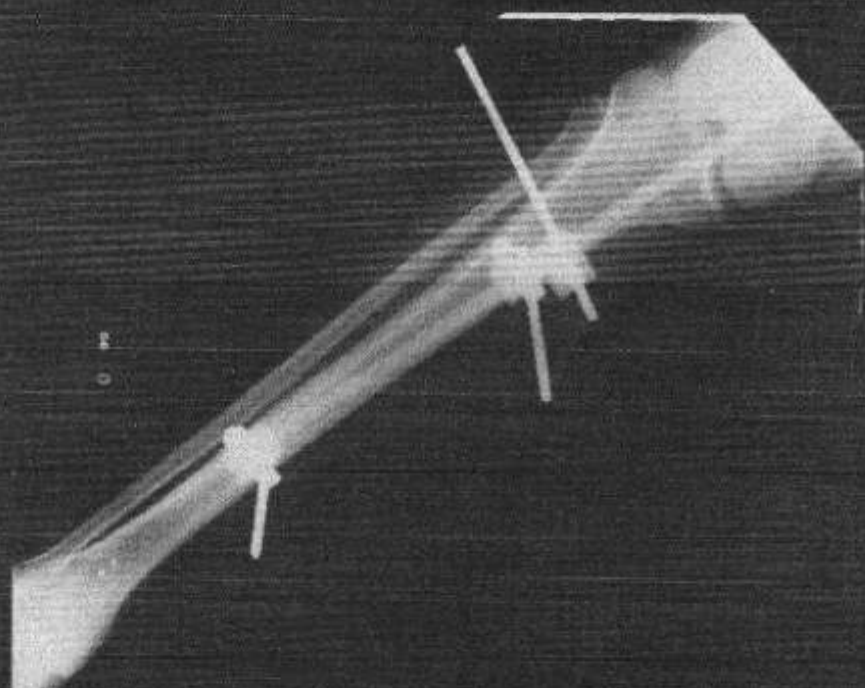
Aumento de partes moles ao redor do joelho.

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



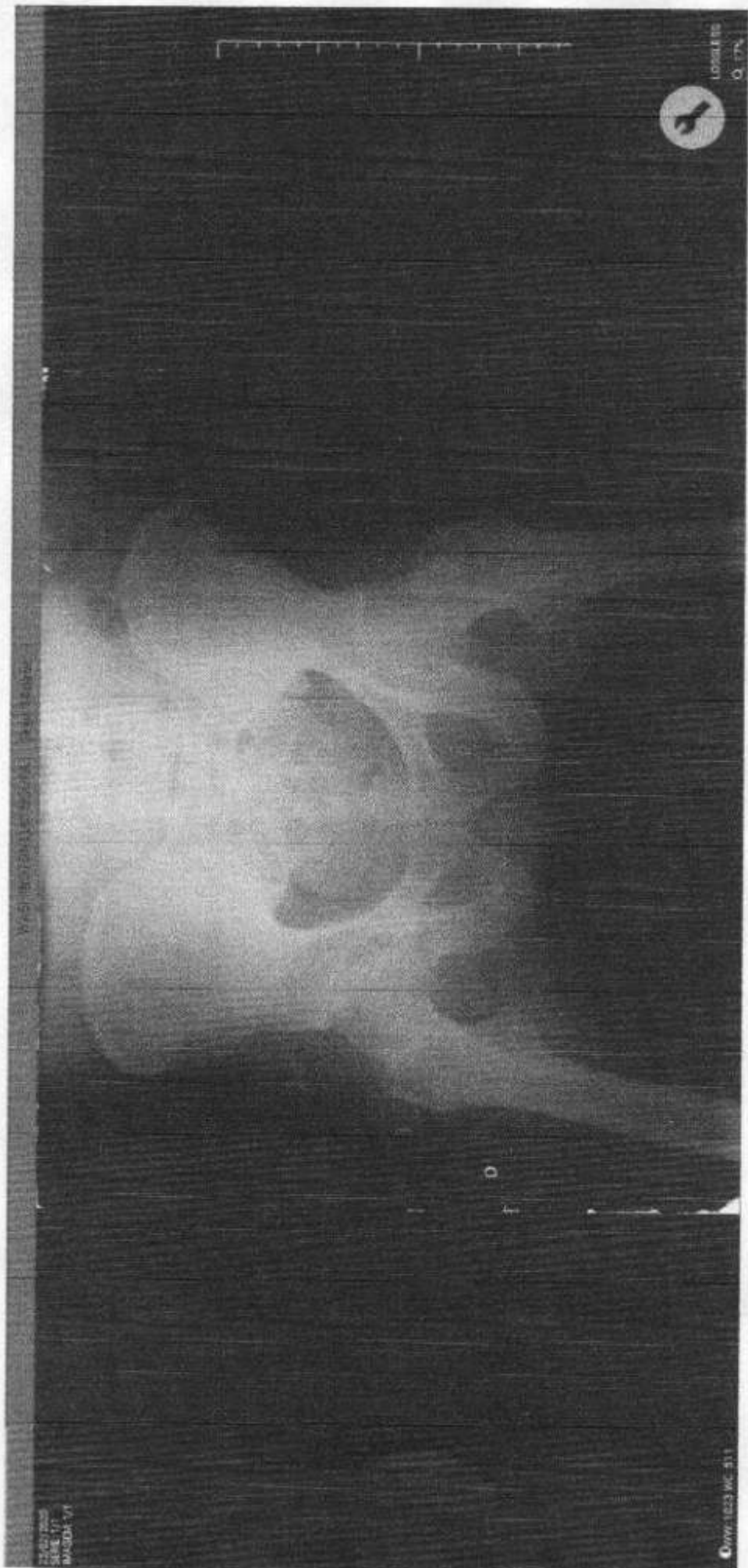
OWIN 102A MC 5112

D
16:53
CC



LONKETS
0.75





LOOSE & CO.
Q. 179

D

© 1997-1998 WC 511

22/02/2005
SERIE 171
MAGGIO 1/1

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

16/07/2020 16:07

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65721610

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/5

Profissional(is): JACKIRLEI ARAGAO DA SILVA CRM 11401 [1]

Nº: 51272258 22/02/2020 às 08:30

ANAMNESE

Queixa Principal

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM LESAO CONTUSA EM OMBRO E
JOELHO DIREITOS

[1]

CONFERE O PRONTUÁRIO
POCPC 27351
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:07

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65721610	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): WENDELL DE ALCANTARA MENDES CRM 14753 [1]	Nº: 51283194	22/02/2020	às 12:24

ANAMNESE

Queixa Principal

PCR COM FRATURA DE PLATO TIBIAL A DIREITA, COM EDEMA EM
JOELHO E DOR
FRATURA ASSOCIADA DA CLAVICULA IPSILATERAL

[1]

SOL PROCEDIMTNO DE URGENCIA
IMOBILIZAÇÕES
ANALGESIACONFERE O PRONTUÁRIO
Palco 22891
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:08

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65721610	Prontuário: 17530602
Convênio: HAP/IDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): LEONARA FERREIRA RODRIGUES COREN 1194132 [1]	Nº: 51269740	22/02/2020	às 06:57

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	SORO FISIOLÓGICO 0,9% TUBO ML EV JUSTIFICADO AS 00:02, EM 22/02/2020 POR LEONARA FERREIRA RODRIGUES, COREN/CE 1194132. MOTIVO: OK	[1]
	TRAMAL AMPL #####MG EV JUSTIFICADO AS 00:02, EM 22/02/2020 POR LEONARA FERREIRA RODRIGUES, COREN/CE 1194132. MOTIVO: OK	

CONFERE O PRONTUÁRIO
22/02/2020 22:51
Assinatura



22/02/2020 16:25:46

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

OK

Bruna

cirurgico
Clínica
6-TRAUMATOLOGICA
Tipo Atendimento
0 INTERNACAO

01(2) notas 22/02

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMQ TRAUMA-CIRURG			
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
94010033848 SSP CE	77145160382		1-CASADO
Endereço			
R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA-CE CEP:60341270			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe	
999029263		RAIMUNDA MOURAO DE ARAUJO	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
22-HAPVIDA	STUDART-SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - EPP
Carteira	Validade
P 00132004011	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	04	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
45056318	99996666	D55809453	INTERNACAO
45056318	30725160	D55809453	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO

**ANTONIO
PRUDENTE****PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO****Paciente:** Washington Luis NovaDIN - 05/08/77Data - 22/02/2020

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

Assinatura do enfermeiro _____

 Mariana Soares Vilela
 COEN 05/08/113 EA
Assinatura do enfermeiro Líder _____

NOTA DE SALA

4898248
HAPVIDA

Atendimento:	65727990	Prontuário:	17530602	WASHINGTON LUIS MOURA	
Cirurgia(s):	30725180	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS COM FIXADOR	Tipo Anestesia:	RAQUE+SEDACAO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	1018
Equipe Médica:	CIRURGIAO	2916890	WENDELL DE ALCANTARA MENDES	CRM	14753
	ANESTESISTA	3883043	GUSTAVO HENRIQUE SILVA AMARIZ	CRM	CRM62411

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	48593	GLUCOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
118455	AGULHA DESC. DE RAQUE N.25 - 1 UD	1	42913	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	3	48194	MARCAINA PESADA 0.5% AMPL 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	26	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	124102	MORFINA 0.2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	120106	ONDANSETRONA BMG 4 ML AMPL 4 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO 500 GR	50	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
27928	ARRUELA P/ MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	43800	SORO FIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	5	45250	XILOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
51868	CANETA DESCARTAVEL P/ BISTURI - 1 UD	1			
135045	CLOREXEDINA 0.2% AQUEOSA FRAS 1000 ML	200			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4			
134064	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1	19	TAXA DE SALA	Início: 17:55 Fim: 18:55
50997	ESPARADRAPO IMPERF 10CMX4.5M TUBO 450 CM	50	4	TREPANO	Início: 17:55 Fim: 18:55
31771	ETER ETILICO (UCOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50	20	OXIGENIO	Início: 17:55 Fim: 18:55
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINO - 1 UD	1	15	BISTURI ELETRICO	Início: 17:55 Fim: 18:55
130887	FIXADOR EXTERNO LINEAR - 1 UD	1	16	MONITORIZACAO	Início: 17:55 Fim: 18:55
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 17:55 Fim: 18:55
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
50635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
50651	LUVA DESC. ESTERIL N-7.0 - 1 PA	2			
50660	LUVA DESC. ESTERIL N-7.5 - 1 PA	3			
50678	LUVA DESC. ESTERIL N-8.0 - 1 PA	2			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
50902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
50848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
50856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1			
50864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
50872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

(Handwritten signature)

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 18:57

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 65727990 Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/4

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO, MÉDICO, CRM 12051 [1] Nº: 51297008 22/02/2020 às 18:50

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S821 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 22/02/2020 [1]

Hora Da Cirurgia 18:50 [1]

Cirurgia SINTESE EXTERNA EM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO [1]

Cirurgião DR WENDEL ALCANTARA [1]

1º Auxiliar DR JOSE NEIAS [1]

Anestesista DR SERGIO [1]

Descrição Cirúrgica [1]
1. PACIENTE SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
3. AVALIAÇÃO COM RADIOSCOPIA
3. ALONGAMENTO DO MEMBRO SOB LIGAMENTOTAXIA
4. MONTAGEM DO SISTEMA DE FIXADOR EXTERNO
5. AVALIAÇÃO SOB RADIOSCOPIA
6. CURATIVO.

Códigos Dos Procedimentos

30725160: FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR [1]

Dr. Jose Neias A. Ribeiro
Ortopedia Traumatologia
CRM: 12051 RBO-16004

Wendel de Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14753 / SBOT 16025

TAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 19:11

WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/4	
Profissional(is): PAULO VICTOR DE SOUSA TOME, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1292709 [1]			
Nº: 51296582 22/02/2020 às 18:36			

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/02/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	18:15	[1]
Cirurgia	COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	NÃO.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

22/02/2020 19:11

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65727990

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

SIM

[1]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

SIM.

[1]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

Não se aplica.

[1]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

SIM.

[1]

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

SIM.

[1]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM.

[1]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/02/2020 23:56

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 65727990 Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/5

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 (1) Nº: 51541113 27/02/2020 às 23:52

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S420 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S420 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 27/02/2020 [1]

Hora Da Cirurgia 23:52 [1]

Cirurgia TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA [1]

Cirurgião DR DEGINALDO HOLANDA [1]

1º Auxiliar DR JOSE NEIAS [1]

Anestesista DRA REISHLA [1]

Descrição Cirúrgica [1]

1. PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS
3. ACESSO SOBRE A CLAVICULA
4. REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5MM CURVA + 8 PARAFUSOS 3,5MM
5. TRANSFERENCIA MUSCULAR DO CORACODUMERAL PARA O TERÇO DISTAL DA CLAVICULA
6. RETIRADO ENXERTO OSSEO DA PORÇÃO DISTAL DA CLAVICULA E COLOCADO NO FOCO DE FRATURA.
7. LAVAGEM COM SF0,9
8. FECHAMENTO POR PLANOS
9. CURATIVO + TIPOIA

Códigos Dos Procedimentos 30717108 - FRATURA DE CLAVICULA [1]
30717167 - TRANSFERENCIA MUSCULAR
30732026 - ENXERTO

Dr. Jose Neias A. Ribeiro
CRM 12051 - TEOT 16094
Ortopedia e Traumatologia

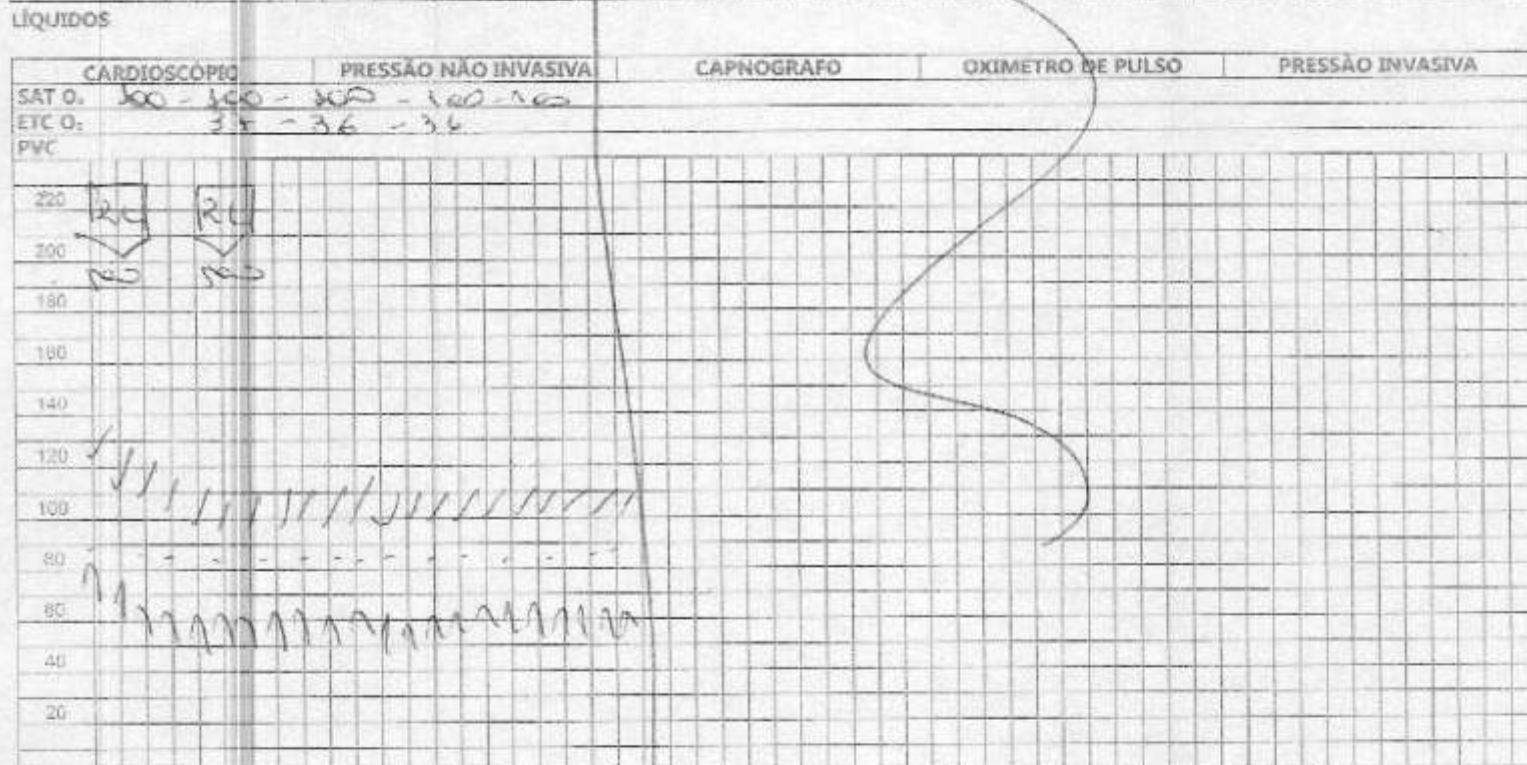
Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13202 / RQE 2123

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: Washington Luis Moura Data: 27/02/2020
 Idade: 42a Sexo: F () M ()
 Prontuário: 17530602 Convênio: HDP
 Diagnóstico: Fratura de clavícula
 Cirúrgico: Dr. R. de Jesus Anestesia: geral + bloqueio de plexo
 Cirurgião: Dr. R. de Jesus ASA: II

DE-6572790



DROGAS			EVENTO		
1	Apoplex 20	10	A	Monitoração	
2	Melbex 50	11	B	Variação de 620	
3	Rembol 400	12	C	Antibiotico profilático	
4	Lidocaine 2% 10ml	13	D	Sedação	
5	Ropivacaine 0.5% 10ml	14	E	Bloqueio intercostal +	
6	Antemil 100	15	F	Supr. claudicação	
7	Propofol 100	16	G	Supr. + 100	
8	Clonidine 60	17	H	Máscara ventilar + 25% O2	
9	Folix 20	18	I	Despolarizante + ventilar	
10	Carbamato 20		J	Enalcanterol + 100	
LIQUIDOS	VOLUME	PERDAS	Entubação:	Oro	Naso
					Bonda: 2.0
			Respiração:	Espon.	Assist.
					Mech
			Absorvedor de:	CO2 Sem	Com
					Intensiv
			Posição:	DDH	Local da Punção: Super
			Aguilha:	50	Técnica: Clonid
			Início:	22.15	Final: 00.30
			Duração:	1h 55	

Condição final op:

Intercomências per. op:

Ass. **Dr. Reisalla Verh**
 Anestesiologista
 CRM 17817

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/02/2020 22:18

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/2	
Profissional(is): TARCISIA SOUZA DA SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 348113 [1]	Nº: 51537796	27/02/2020	às 22:16

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]

Não se aplica.

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

27/02/2020 22:18

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65/27990

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

Leito: 1018/2

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente

[1]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião SIM

[1]

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

[1]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento SIM

[1]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

[1]

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convênio: HAPVIDADt. Nasc. 01/08/1977
Nº Prescrição: 25875987

22/02/2020 às 06:00

Ponto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 1334104

Atendimento: 65727990
Prontuário: 47530602
Peso: 70,00 kg

1. DIETA GERAL-ADULTO PARA A IDADE

33h ORAL

CRM-14753

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol Total

500 ml

7,00 g/hora

Acesso Portativo

CRM-14753

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20,83 ml

500 ml

EV

CRM-14753

3. CEFALOXINA SODICA (1.00g)

1g

1 FRAP

88h EV

CRM-14753

Água Destilada

10 ml

EV

CRM-14753

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)

100mg

1 FRAP

88h EV

CRM-14753

Soro Fisiológico 0,9%

100 ml

EV

CRM-14753

5. DIFENONA AMP (500.00mg/ml)

1000mg

2 ML

88h EV

CRM-14753

Água Destilada

18 ml

EV

CRM-14753

6. IBAMADOL (50.00mg/ml)

100mg

2 ML

88h EV

CRM-14753

Soro Fisiológico 0,9%

100 ml

EV

CRM-14753

Ata vigilância

10mg

2 ML

88h EV

CRM-14753

7. PLANELI (5.00mg/ml)

10mg

2 ML

88h EV

CRM-14753

Água Destilada

18 ml

EV

CRM-14753

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SN

CRM-14753

9. CURATIVO MEDIO-ST-GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-14753

10. PUNÇÃO C/JELCO

SN

CRM-14753

11. SINAIS VITAIS

SN

CRM-14753

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-14753

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-14753

14. CURATIVO COM AJADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-14753

15. COMPRESSÃO COM ETER

SN

CRM-14753

Profissional: CRM-14753

WENDELL DE ALCANTARA MENDES

Wendell de Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-14753 / SBO-15025

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

DT. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025875985
Leito: 133410/4
Atendimento: 6572799
22/02/2020 às 18:44
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17530602

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

Prescritor: CRM-14753

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 500 ml

Venosa SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml

Prescritor: CRM-14753

3. CEFALOXILINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 100mg) 8/8h EV

(D1/2) Agua Destilada 10ml

23/02 - 02:00

Prescritor: CRM-14753

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100mg) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100ml

23/02 - 02:00

Prescritor: CRM-14753

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMP C/ 500mg) 6/6h EV

Agua Destilada 18 ml

23/02 - 02:00

Prescritor: CRM-14753

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMP C/ 100mg) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100ml

SN

Alta vigilância

Prescritor: CRM-14753

7. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMP C/ 10mg) 8/8h EV

Agua Destilada 18 ml

23/02 - 02:00

Prescritor: CRM-14753

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

Prescritor: CRM-14753

SN

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE

Prescritor: CRM-14753

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025875985
Leito: 133410/4

Atendimento: 65727990
22/02/2020 às 18:44
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17530802

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

10. PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-14753	SN	23/02 - 02:00
11. SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-14753		
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-14753		
13. RETIRADA DE DRENO DE PRESERVAÇÃO CRM-14753	SN	
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE PRESERVAÇÃO CRM-14753		
15. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-14753	SN	

Profissionais: CRM-14753

WENDELL DE ALCANTARA MENDES

Reservado para o SMO

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Marciana de Almeida Costa
CRM-14753 - ENE
COORD. CL. 133410/4

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025875985
Leito: 133410/4

Atendimento: 65727990
22/02/2020 às 18:44
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17530602

GASTOS

Descrição	Qntd.	Descrição	Qntd.	Descrição	Qntd.	Descrição	Qntd.
-----------	-------	-----------	-------	-----------	-------	-----------	-------

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25874091	22/02/2020 às 15:03	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/4	Enfermeiro(a):	MARCIANA SOARES VITOR
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido:

4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA

Mantido:

6 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido:

RENOVAR ACESSO VENOSO

00:00

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: TRAUMATISMO

EVITAR SANGRAMENTO

Mantido:


Marciana Soares Vitor
CRM: 01024/000

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/09/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25874097	22/02/2020 às 15:06	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/4		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARCIANA SOARES VITOR (COREN 293113)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTACAO	Mantido		
PADRAO RESPIRATORIO	Mantido		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Mantido		
ACESSO VENCISO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00		
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Marciانا Soares Vitor
COREN 293113-1/3

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25876772	22/02/2020 às 21:11	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 225/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]			

2 - CONFORTO PREJUDICADO**Relacionado a:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mandado:	[x] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mandado:	[x] OK

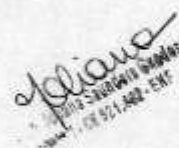
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA**Relacionado a:** PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS	Mandado:
---------------	-----------------


Sarah Joliana Saunders Guedes
Enfermeiro - COREN 521.482 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuario: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25876925	22/02/2020 às 21:14	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Leito: 225/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Realizado		
MONITOR CARDÍACO	Realizado		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATORIO	Realizado		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES
COREN 521482 - ENT

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65727990

Prontuário: 17530602

Convenio: HAF/VIDA

Nº Prescrição: 25878091

73/07/2020 as 00:32

Posto: POSTO 1B

Leito: 1018/1

Enfermeiro(a): MARCIANA ALMEIDA DA COSTA

Avaliação: **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO**

Professionals:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido:

7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: DÉFICIT MOTOR

Mover o Paciente De Forma Segura

Manhã Tarde Noite

R - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: **PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

PROCEDIMIENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SIGNAIS FLOGÍSTICOS

00:00 12:00

Marcelina Almeida de Costa
COREN/GO 000000 - ENG

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
23/02/2020 12:35 AM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25878096	23/02/2020 às 00:34	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARCIANA ALMEIDA DA COSTA (COREN 436988)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Sinais Vitais- Temperatura		00:00 06:00 12:00 18:00	
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO		00:00	
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE		00:00	
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO A ROTINA DO SET		Mantido	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Marciana Almeida Costa
COREN 436988 - ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 15:10

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 65727990 Prontuário: 17530602
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/4

Profissional(is): MARCIANA SOARES VITOR, ENFERMEIRO(A), COREN 293113 (1) Nº: 51289292 22/02/2020 às 15:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

PACIENTE W.L.M. 42 ANOS. MASCULINO. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS. DEU ENTRADA NESTA UNIDADE VITIMA DE ACIDENTE. PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE. VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM REPOUSO NO LEITO, COOPERATIVO, AFEBRIL NO MOMENTO DA VISITA. DIETA ZERO. AVP EM MSE PERVIO E FUNCIONANTE. DIURESE PRESENTE E ESPONTANEA. ELIMINAÇÃO INTESTINAL AUSENTE NO MOMENTO. REALIZOU EXAMES LABORATORIAIS + RX + TC + ECG. SOLICITADO FRATURA DO PLATO TIBIAL. INTERNADO. AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

[1]

##GERENCIAMENTO DE RISCO##

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVADAS; MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS, MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM).

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: MANTER CABECEIRA ELEVADA A 30° OU 45°. REALIZAR HIGIENE ORAL.

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

RISCO DE LPP: REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/2H OU CONFORME TOLERÂNCIA / APLICAR ESCALA DE BRADEN DIARIAMENTE / UTILIZAR COLCHÃO PNEUMÁTICO. MANTER PELE HIDRATADA.

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

AValiação de RISCO

Flebite	Sim	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]
POSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

() RISCO DE QUEDA

() RISCO DE UPP

✓ RISCO DE FLEBITE

() RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

✓ RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

Marciana Soares Vitor
 Enfermeira
 22/02/2020 15:10

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 21:11

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 65727990 Prontuário: 17530602
 Convenio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 225/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 51300652 22/02/2020 às 21:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

21:07 - W.L.M., 42 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL DIREITO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO COM DR WENDEL E SOB ANESTESIA RAQUI COM DR SÉRGIO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE, SEM QUEIXAS ÁLGICAS ATÉ O MOMENTO. COM AVP EM MSE E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO ÍNTEGRO, LIMPO E SECO. DIURSE ESPONTÂNEA. SSVV: PA: 106 X 64 MMHG, FC: 87 BPM, FR: 16 MRPM, SATO2: 96%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

ISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
 SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES
 enfermeira - CRP 51300652 - 1307

Washington 7-10-68

Data de nascimento: / /

28	02	/	20	Horário	00	15	Cirurgia Realizada	Artrose de clavícula
Data da admissão na R.A.				00	15	Apresentação	Paciente	

Grupo: <u>Debridate</u>	Tipo de anestesia: <u>fluoruro + geral</u>
-------------------------	--

INDICE DE ALTORETE E KROULIK MODIFICADO

Técnico de Enfermagem
(Assinatura e carimbo)

Enfermeiro
(Assinatura e carimbo)

Índice de avaliação	Condição	Score
Consciência	Acurdado	2
	Responde a estímulos	1
	Não responsivo	0
Vias aéreas	Tosse ao estímulo verbal ou choro	2
	Mantém a via aérea	1
	Requer assistência da via aérea	0
Movimentação	Movimento intencional dos membros	2
	Movimentos não intencionais	1
	Sem movimentação	0
	HORA	SCORE
	HORA	SCORE

Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
Respiração	Disponível ou limitação da respiração	1
	Apnéia	0
	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	2
	Pressão arterial em 20% a 49% do nível pré-anestésico	1
Circulação	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Consciência	Capaz de manter saturação de $O_2 > 92\%$ respirando ar	2
	Necessita de O_2 suplementar para manter a saturação de $O_2 \geq 90\%$	1
	Saturação de $O_2 < 90\%$ mesmo com O_2 suplementar	0
Saturação	HORA:	SCORE:
	HORA:	SCORE:
	HORA:	SCORE:
	HORA:	SCORE:

Medico
(Assistente e Carlinio)

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

100

ESCALA DE DOR	
0 - SEM DOR	7 a 10 - DOR INTENSA
1 a 3 - DOR LEVE	4 a 6 - DOR MODERADA

Medico
(Assinatura e carimbo)

the authors. Finally, the authors of these studies did not provide any information about the quality of the evidence. The authors of the studies that reported a statistically significant association between the use of fluoride toothpaste and caries risk were more likely to have been funded by a dental or dental-related organization (50% of 10 studies) than the authors of the studies that reported no association (25% of 10 studies).

REGISTRO DE MONITORAMENTO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nome completo: Maschinglan Luis Maura

Data de nascimento: 1/1

FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data: 22/02/20 Hora: 19 00 Cirurgia Realizada: Proctomia do Vênia

Hora da admissão na R.A.: 19 00 Anestesia: gaseosa Tipo de anestesia: Periférica

CONTROLES

PERÍODO	HORA	TEMP.	FC	FR	PA	SPO ₂	DOR/SCORE	NÍVEL PARA PUEPERA LÓQUIOS - RUBRO
a cada 15 min	19:00	34,9	90	20	114/73	100	0	() fisiológicos () aumentados
a cada 15 min	19:15	35,3	88	20	114/73	100	0	() fisiológicos () aumentados
a cada 15 min	19:30	35,5	80	18	112/64	98,1	0	() fisiológicos () aumentados
a cada 15 min	19:45	35,5	79	18	112/64	98,1	0	() fisiológicos () aumentados
a cada 30 min	20:15	35,3	90	18	111/62	98,7	0	() fisiológicos () aumentados
a cada 30 min	20:45	34,4	64	18	110/64	95,1	0	() fisiológicos () aumentados
a cada hora	21:45	37,4	78	18	109/67	95	0	() fisiológicos () aumentados
a cada hora	23:45							() fisiológicos () aumentados
a cada hora	00:15							() fisiológicos () aumentados

Técnico de Enfermagem: Thiara Passalunghi Enfermeiro: afliuano

CRITÉRIOS AVALIADOS PELA ÍNDICE DE STEWARD (0 A 17 ANOS)

Índice de avaliação	Condição	Score
Consciência	Acordado	2
	Responde a estímulos	1
	Não responsivo	0
Vias aéreas	Tosse ao comando verbal ou choro	2
	Manutenção boa de via aérea	1
	Requer assistência de via aérea	0
Movimentação	Movimentação intencional dos membros	2
	Movimentos não intencionais	1
	Sem movimentação	0

Médico
(Assinatura e carimbo):

ÍNDICE DE ALDRETE E KROLIK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1
	Apnéia	0
Circulação	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	2
	Pressão arterial em 20% a 45% do nível pré-anestésico	1
	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0

Médico
(Assinatura e carimbo):

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA
Médico: Robiana et al.
(Assinatura e carimbo): CREMEC 21220

ESCALA DE DOR	1 a 3 - DOR LEVE	4 a 6 - DOR MODERADA	7 a 10 - DOR INTENSA
---------------	------------------	----------------------	----------------------

Médico
(Assinatura e carimbo):

Wendel de Alcântara Mendel
Ortopedia e Traumatologia
CRM-14753 / RQE 1403

23/02/2020 07:55

IP: 192.168.1.101

WENDEL DE ALCANTARA MENDEL

071541

Paciente: WENDEL DE ALCANTARA MENDEL		Data: 23/02/2020		Hora: 07:55	
Médico: WENDEL DE ALCANTARA MENDEL		CRM: 14753		RQE: 1403	
1. Exame físico: 100% 2. Exame físico: 100% 3. Exame físico: 100% 4. Exame físico: 100% 5. Exame físico: 100% 6. Exame físico: 100% 7. Exame físico: 100% 8. Exame físico: 100% 9. Exame físico: 100% 10. Exame físico: 100% 11. Exame físico: 100% 12. Exame físico: 100% 13. Exame físico: 100% 14. Exame físico: 100% 15. Exame físico: 100% 16. Exame físico: 100% 17. Exame físico: 100% 18. Exame físico: 100% 19. Exame físico: 100% 20. Exame físico: 100% 21. Exame físico: 100% 22. Exame físico: 100% 23. Exame físico: 100% 24. Exame físico: 100% 25. Exame físico: 100% 26. Exame físico: 100% 27. Exame físico: 100% 28. Exame físico: 100% 29. Exame físico: 100% 30. Exame físico: 100% 31. Exame físico: 100% 32. Exame físico: 100% 33. Exame físico: 100% 34. Exame físico: 100% 35. Exame físico: 100% 36. Exame físico: 100% 37. Exame físico: 100% 38. Exame físico: 100% 39. Exame físico: 100% 40. Exame físico: 100% 41. Exame físico: 100% 42. Exame físico: 100% 43. Exame físico: 100% 44. Exame físico: 100% 45. Exame físico: 100% 46. Exame físico: 100% 47. Exame físico: 100% 48. Exame físico: 100% 49. Exame físico: 100% 50. Exame físico: 100% 51. Exame físico: 100% 52. Exame físico: 100% 53. Exame físico: 100% 54. Exame físico: 100% 55. Exame físico: 100% 56. Exame físico: 100% 57. Exame físico: 100% 58. Exame físico: 100% 59. Exame físico: 100% 60. Exame físico: 100% 61. Exame físico: 100% 62. Exame físico: 100% 63. Exame físico: 100% 64. Exame físico: 100% 65. Exame físico: 100% 66. Exame físico: 100% 67. Exame físico: 100% 68. Exame físico: 100% 69. Exame físico: 100% 70. Exame físico: 100% 71. Exame físico: 100% 72. Exame físico: 100% 73. Exame físico: 100% 74. Exame físico: 100% 75. Exame físico: 100% 76. Exame físico: 100% 77. Exame físico: 100% 78. Exame físico: 100% 79. Exame físico: 100% 80. Exame físico: 100% 81. Exame físico: 100% 82. Exame físico: 100% 83. Exame físico: 100% 84. Exame físico: 100% 85. Exame físico: 100% 86. Exame físico: 100% 87. Exame físico: 100% 88. Exame físico: 100% 89. Exame físico: 100% 90. Exame físico: 100% 91. Exame físico: 100% 92. Exame físico: 100% 93. Exame físico: 100% 94. Exame físico: 100% 95. Exame físico: 100% 96. Exame físico: 100% 97. Exame físico: 100% 98. Exame físico: 100% 99. Exame físico: 100% 100. Exame físico: 100%					

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 1 de 3

Emissão 23/02/2020 09:16

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 18

DI. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025875987
Leito: 1018/1

Atendimento: 65727990
23/02/2020 às 09:00
Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL							
Prescritor: CRM-14753									
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00	gts/min	Acesso Periférico	24/02 - 02:00	:	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml									
Prescritor: CRM-14753									
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)		1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV		10:00	:	24/02 - 02:00
Agua Destilada 10 ml									
Prescritor: CRM-14753									
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)		100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV		10:00	:	24/02 - 02:00
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml									
Prescritor: CRM-14753									
5. DIFPIRONA AMP (500.00mg/ml)		1000mg	2 ML (AMP/ C/ 500MG)	6/8h	EV		10:00	:	24/02 - 02:00
Agua Destilada 18 ml									
Prescritor: CRM-14753									
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg	2 ML (AMP/ C/ 100MG)	8/8h	EV	SN		:	
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml									
Alta vigilância									
Prescritor: CRM-14753									
7. PLAMET (5.00mg/ml)		10mg	2 ML (AMP/ C/ 10MG)	8/8h	EV		10:00	:	24/02 - 02:00
Agua Destilada 18 ml									
Prescritor: CRM-14753									
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						SN		:	
Prescritor: CRM-14753									
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE								:	
Prescritor: CRM-14753									

(X) RISCO DE FLEBITE
(X) RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
(X) RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

Jorge Brito
COREN-CE 53219-5-EN

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 65727950 Prontuário: 17530602
 Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0029875987 23/02/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 1B Leito: 1018/1 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

10. PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-14753	SN	
11. SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-14753		
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-14753		
13. RETIRADA DE DRENO DE RESERVA CRM-14753	SN	
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE RESERVA CRM-14753		
15. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-14753	SN	
Profissionais: CRM-14753	WENDELL DE ALCANTARA MENDES	

Prescrição para o SMO

ENTEROFIX _____ Ass. _____

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

Jonhann Brito
 COREN-CE 353219-EM

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3
Emissão 23/07/2020 09:18

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025875987
Leito: 1018/1

Atendimento: 65727990
23/07/2020 às 06:00
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17530802

GASTOS

PLAMET

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
ALCOOL HIDROFLO - 500 GR	4						
BRONCOPRIDA 10MG/2ML SOL. INJ AMP 2ML 2	2						
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2						
AGUIHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
LUNA DE PROCEDIMENTO F CX 50 PA	4						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML 2	2						
DIPRONA AMP							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
DIPRONA 1 G/2 ML AMP 2 ML	2						
SERINGA DE SCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2						
AGUIHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
ALCOOL HIDROFLO - 500 GR	4						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML 2	2						
LUNA DE PROCEDIMENTO F CX 50 PA	4						
CETOPROFENO IV							
SERINGA DE SCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 2	2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20						
EQUIPO SIMPLES CINEJON LATERAL - 1 U 1	1						
ALCOOL HIDROFLO - 500 GR	8						
PROFENO YODAG IV FRAP 1 UD	2						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
LUNA DE PROCEDIMENTO F CX 50 PA	6						
AGUIHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100ML 2	2						
CEFAZOLINA SODICA							
LUNA DE PROCEDIMENTO F CX 50 PA	4						
AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMP 10 ML 2	2						
ALCOOL HIDROFLO - 500 GR	8						
KEFAZOL FRAP 1 UD	2						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	2						
AGUIHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20						

Jordana Brito
COREN-06332219-ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/02/2020 09:14

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuario: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 101B/1	
Profissional(is): ANTONIA JORDANA FELIPE GOMES DE BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 532219 [1]	Nº: 51313066	23/02/2020	às 09:13

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

[1]

PACIENTE W.L.M., 42 ANOS, SEXO MASCULINO, PROVENIENTE DA RPA PARA O POSTO 1B

HD: 1º PO. DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO COM DR WENDEL E SOB ANESTESIA RAQUI COM DR SERGIO
NEGA ALERGIAS
COMORBIDADES: DM

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE. SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. COM AVP EM MSE E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO INTEGRAL, LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA. SSEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Jordana Brito
COREN 532219 - ENF

Paciente: J. WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc. 01/08/1977

Atendimento: 65727990

Convênio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 25901997

Prontuário: 17530602

Posto: POSTO 18

Leito: 10181

Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL ADULTO PARA A IDADE

JEN ORAL

CRM-15434

2. Injeção Venosa Fase Única

20.83

Vol Total

500 ml

7.00 g/ml

Acesso Periférico

CRM-15434

3. CEFALOXIMA SODICA (1.00g)

1g

mfc/cada

500 ml

EV

CRM-15434

1 FRAP

(FRAP C/ 1GR)

8/8h

EV

CRM-15434

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg

1 FRAP

(FRAP C/ 100MG)

8/8h

EV

CRM-15434

5. BROMOPRIDA (5.00mg/ml)

Água Destilada

10mg

2 ML

(AMPL C/ 10MG)

8/8h

EV

CRM-15434

6. RANITIDINA (25.00mg/ml)

Água Destilada

50mg

2 ML

(AMPL C/ 50MG)

12/12h

EV

CRM-15434

7. CLEXANE (40.00mg/ml)

Água fisiológica

40mg

0.4 ML

(SER C/ 40MG)

24/24h

SC

CRM-15434

8. IRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro fisiológico 0.9%

100mg

2 ML

(AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

CRM-15434

Alta vigilância

9. DIFENONA AMP (500.00mg/ml)

1000mg

2 ML

(AMPL C/ 500MG)

6/6h

EV

CRM-15434

10. SONDAGEM VESICAL DE ALUMO

SN

CRM-15434

11. CURATIVO MEDIO-SI+GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-15434

12. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

CRM-15434

13. SINAIS VITAIS

SN

CRM-15434

14. CETO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-15434

15. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-15434

16. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-15434

17. COMPRESSÃO COM ETER

SN

CRM-15434

Profissional: CRM-15434

JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

Dr. João Paulo Pinheiro de
Araújo
CRM-15434
TEO-15434
CREM-15434

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 13

Dt. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025879670
Leito: 1018/1

Atendimento: 05/27990
24/02/2020 às 08:00
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17530602

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

10. PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-13664	SN	16:00
11. SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-13664		
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-13664		
13. RETIRADA DE DRENO DE FISTULA CRM-13664	SN	
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE FISTULA CRM-13664		16:00 : <i>min</i>
15. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-13664	SN	

Profissionais: CRM-13664

ALAN PAULINO DA SILVA

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Prescrito para o SMO
ENTEROFIX Ass.



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 65727990
Nº Prescrição: 0025879670 24/02/2020 às 08:00
Leito: 1018/1 Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17530802

MASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
FLAMET							
LUA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML	1						
BIOMORFIDA 10MG/2ML SOL INJ AMP 2ML	1						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SER 20 ML	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
DIPIRONA AMP							
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
LUA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML	2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
DIPIRONA 1 G 2 ML AMP 2 ML	2						
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SER 20 ML	2						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
CETOPROFENO IV							
EURO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
PROFEND 100MG IV FRAP 1 UD	1						
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SER 5 ML	1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
LUA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
CEFALOXIMA SODICA							
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SER 10 ML	1						
LUA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMP 10 ML	1						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
KEFAZOL FRAP 1 UD	1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						

Vanessa Viviana Monteiro
CONFERIDA - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc. 01/08/1977

Atendimento: 65227990

Convênio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 25895134

25/02/2020 às 08:00

Prontuário: 7530802

Posto: POSTO 1B

Telex: 10181

Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO, PAEA A IDADE

3x3 ORAL

CRM-15434

2. Infusão Venosa Fase Única

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-15434

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20.83

ml

500 ml

EV

CRM-15434

3. CEFALOTRINA SÓDICA (1.00g)
(D212)

Agua Destilada

1g

1 FRAP

(FRAP C/ 100)

88h

EV

CRM-15434

4. BROMOPRIDA (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10mg

2 ML

(AMPL C/ 100MG)

88h

EV

CRM-15434

5. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP

(FRAP C/ 100MG)

88h

EV

CRM-15434

6. DIFENONA AMP (5.00.00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg

2 ML

(AMPL C/ 500MG)

66h

EV

CRM-15434

7. IBAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML

(AMPL C/ 100MG)

88h

EV

CRM-15434

Ata vigilância

8. PLAVIX (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10mg

2 ML

(AMPL C/ 10MG)

88h

EV

CRM-13664

Suspensão às 08:51 hr do
25/02/2020

9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

CRM-15434

10. CURATIVO MEDIO-ST-GAZE ACOLCHOADA

SN

CRM-15434

11. PUNÇÃO C/ JEICO

SN

CRM-15434

12. SINAIS VITAIS

SN

CRM-15434

13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-15434

14. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-15434

15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-15434

16. COMPRESSÃO COM ETÉR

SN

CRM-15434

Profissionais: CRM-13664

ALAN PAULINO DA SILVA

CRM-15434

JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

Dr. João Paulo Pinheiro de Araújo
CRM-15434
25/02/2020 08:54

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 18Dt. Nasc. 01/08/1977
Nº Prescrição: 2502/2020 às 06:00
Leito: 10181Atendimento: 65727990
Prontuário: 17530602
Peso: 80,00 kg

33h ORAL

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PAEA A IDADE									CRM-15434
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol Total	500 ml	7,00 g/s/min						CRM-15434
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,03 ml	500 ml							CRM-15434
3. CEFALOXILINA SODICA (1.00g) (ID22)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	818h	EV					CRM-15434
	Agua Destilada	10 ml							
4. BROMOCRIPTIDA (5,00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	818h	EV					CRM-15434
	Agua Destilada	18 ml							
5. CETOPROFENO IV (100,00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	818h	EV					CRM-15434
	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml							
6. DIFENIDOL AMP (500,00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	618h	EV					CRM-15434
	Agua Destilada	18 ml							
7. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	818h	EV					CRM-15434
	Soro Fisiológico 0,9%	100 ml							
8. PLAMIF (5,00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	818h	EV					CRM-15664
	Agua Destilada	18 ml							
									Suspensão às 08:51 hrs do 25/02/20
9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO									CRM-15434
10. CURATIVO MEDIO-SF-GAZE ACOCHOADA									CRM-15434
11. PUNÇÃO C/ JELCO									CRM-15434
12. SINAIS VITAIS									CRM-15434
13. GEL 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS									CRM-15434
14. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC									CRM-15434
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO									CRM-15434
16. COMPRESSÃO COM ETER									CRM-15434

Profissional: CRM-13664
CRM-15434ALAN PAULINO DA SILVA
JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJODr. João Paulo Pinheiro Araújo
CRM-15434
TEOT 15434

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025895134
Leito: 1018/1
Atendimento: 65727990
25/02/2020 às 08:00
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 17530602

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

Prescritor: CRM-15434

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 g/amin/Acesso Periférico 26/02 - 02:00

Venosa SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml

Prescritor: CRM-15434 3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV 26/02 - 02:00

Agua Destilada

Prescritor: CRM-15434

4. BROMOPRIDA (5.00mg/ml) 10 mg 2 ML (AMP C/ 10MG) 8/8h EV SN 26/02 - 02:00

Agua Destilada

Prescritor: CRM-15434

5. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100 mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV 26/02 - 02:00

Soro Fisiológico 0.9%

Prescritor: CRM-15434

6. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMP C/ 500MG) 6/6h EV 26/02 - 02:00

Agua Destilada

Prescritor: CRM-15434

7. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100 mg 2 ML (AMP C/ 100MG) 8/8h EV SN 26/02 - 02:00

Soro Fisiológico 0.9%

Alta vigilância Prescritor: CRM-15434

PLANET LAVA DE PROCEDIMENTO P/ CX 50 PA 2 ALCOOL HIOFLO - 500 GR 2 SÉRIECA DESCARTAVEL 20 ML SERE 20 ML 1 AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML 1 BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMP 2ML 1

ALCOOL 70% TONICO FRAS 1000 ML 5 AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML 1

AGUA DESTILADA 40X12 - 1 L 1 RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

RP-1531

VANESSA VIANA MONTEIRO

25/02/2020 08:56

102.85 4 101

(X) RISCO DE QUEDA
(X) RISCO DE UPP
(X) RISCO DE FLEBITE
(X) RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
(X) RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025895134
Leito: 1018/1

Atendimento: 05/27/990
25/02/2020 às 06:00
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 17530602

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

PLANET (S) 0.00mg/ml
Agua Destilada
Suspensão às 00:51 hs de
25/02/20

Prescritor: CRM-13664					
9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO					
Prescritor: CRM-15434					
10. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE					
Prescritor: CRM-15434					
11. PUNCAO C/ JELCO					
Prescritor: CRM-15434					
12. SINAIS VITAIS					
Prescritor: CRM-15434					
13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4, GRAS					
Prescritor: CRM-15434					
14. RETIRADA DE DRENO DE					
Prescritor: CRM-15434					
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE					
Prescritor: CRM-15434					
16. COMPRESSÃO COM ÉTER					
Prescritor: CRM-15434					

Profissionais: CRM-13664 ALAN PAULINO DA SILVA
CRM-15434 JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

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

Reservado para o SMO
ENTEROFIX Ass.

PRESCRICAO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 01/08/1977
 Nº Prescrição: 0025895134
 Leito: 1018/1

Atendimento: 65727990
 25/02/2020 às 06:00
 Peso: 80.00 kg

Prontuário: 17530602

ASTOS

APIRONA AMP

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
APIRONA 1 G 2 ML AMP, 2 ML	2						
LEGDAO HIDROFILO - 500 GR	4						
LVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4						
ECODL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
GU-LHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
GU-LHA DESTILADA 20ML 20 ML AMP, 20 ML	2						
ERINCA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2						

ETOPROFENO IV

4 COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
ERINCA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
QUIPO DE SORO SAMPLES - 1 UD	1						
4 GODOAO HIDROFILO - 500 GR	4						
PROFENO 100MG IV FRAP 1 UD	1						
GU-LHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
LVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
QUIPO SAMPLES CAJETOR LATERAL - 1 U 1	1						
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1						

EFPAZOLINA SODICA

EFPAZOL FRAP 1 UD	1						
GU-LHA DESTILADA 10 ML 10 ML AMP, 10 ML	1						
LVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
4 GODOAO HIDROFILO - 500 GR	4						
GU-LHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SERINCA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1						
4 COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						

8

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530802
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25900852	25/02/2020 às 06:54	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	Enfermeiro(a):	LEANDRO FALCAO CRUZ
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Mantido:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:

PREScrição DE ENFERMAGEM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVISA	Nº Prescrição: 25900853	25/02/2020 às 06:55	
Posto: POSTO 18	Leito: 1018/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: LEANDRO FALCAO CRUZ (COREN 571186)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
Sinais Vitais- Temperatura	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/02/2020 08:58

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	
Profissional(is): VANESSA VIANA MONTEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 454354 [1]			
Nº: 51392036 25/02/2020 às 08:57			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

MT

[1]

PACIENTE W.L.M., 42a. SEXO MASCULINO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM REPOUSO NO LEITO E CONTACTUANTE.
DEU ENTRADA NESTA UNIDADE PROVENIENTE DA RPA APOS PROCEDIMENTO.
HD: 2º PO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO COM DR WENDEL E SOB ANESTESIA RAQUI COM DR SÉRGIO
NEGA ALERGIAS
COMORBIDADES: DM
DIURESE ESPONTÂNEA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.
* REALIZADO RX DE CLAVICULA

POSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 1B

Dr. Nasc.: 01/08/1977
 Nº Prescrição: 0025901997
 Leito: 1018/1

Atendimento: 65727990
 26/02/2020 às 06:00
 Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2ML (AMP. C/ 100MG) 8/8h EV SN

Soro Fisiológico 0.9%

Alta vigilância

Prescritor: CRM-15434

9. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2ML (AMP. C/ 500MG) 6/6h EV ~~06:00~~ : 14:00 : 20:00 : 27/02-02:00 :
 Água Destilada

Prescritor: CRM-15434

10. SONDAGEM VESICAL DE ALIMO SN
 Prescritor: CRM-15434

11. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ~~10:00~~ :
 Prescritor: CRM-15434

12. PUNCAO C/ JELCO SN
 Prescritor: CRM-15434

13. SINAIS VITAIS
 Prescritor: CRM-15434

14. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS
 Prescritor: CRM-15434

15. RETIRADA DE DRENO DE FISTULA CRM-15434 SN

16. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ~~10:00~~ :
 Prescritor: CRM-15434

17. COMPRESSÃO COM ÉTER SN
 Prescritor: CRM-15434

JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

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

ENTEROFIX Ass.

2

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 1B

De Nasc.: 01/08/1977
 N° Prescrição: 0025901997
 Letto: 1018/1

Atendimento: 65727990
 26/02/2020 às 06:00
 Peso: 80.00 kg

Prontuário: 17530602

GASTOS

Quantidade	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
1	CETOPROFENO IV							
1	ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	1						
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100x2	2						
6	LAVA DE PROCEDIMENTO P CX 60 PA	6						
2	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	2						
2	EQUIPO SAMPLES CONJETOR LATERAL - 1 U 3	2						
2	SCALHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
2	SERINGA DESCARTAVEL 60 ML SERI 5 ML	2						
1	EQUIPO DE SORO SAMPLES - 1 UD	1						
20	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20						
	CEFALOXINA SODICA							
10	N COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
4	N GODOAL HIDROFÍLO - 500 GR	4						
1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1						
1	ÁGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	1						
1	REF AZOL FRAP 1 UD	1						
3	LAVA DE PROCEDIMENTO P CX 60 PA	3						
1	SCALHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						

2

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	DT. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25925944	27/02/2020 às 00:26	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/2	Enfermeiro(a): MARCIANA ALMEIDA DA COSTA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2. CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMIENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido:

7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: DÉFICIT MOTOR

Movimentar O Paciente De Forma Segura

Manhã Tarde Noite

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

PROCEDIMIENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido:

Marciana Almeida da Costa
COPES - 05/10/2019 - 19h

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
27/02/2020 12:30 AM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25925946	27/02/2020 às 00:29	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARCIANA ALMEIDA DA COSTA (COREN 436988)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	00:00		
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO A ROTINA DO SET Mantido			

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Marciara Almeida Costa
COREN 436988 - DIC

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/02/2020 08:40

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	DT. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 101B/1	
Profissional(is): MARIA IRACI MONTEIRO LOPES COREN 88543 [1] VANESSA VIANA MONTEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 454354 [2]		Nº: 51433412	26/02/2020 às 08:39
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	MT	[2]	
PACIENTE W.L.M., 42a. SEXO MASCULINO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM REPOUSO NO LEITO E CONTACTUANTE. DEU ENTRADA NESTA UNIDADE PROVENIENTE DA RPA APOS PROCEDIMENTO, HD: 4º PO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO COM DR WENDEL E SOB ANESTESIA RAQUI COM DR SÉRGIO NEGA ALERGIAS COMORBIDADES: DM AGUARDA PROCEDIMENTO DEFINITIVO. DIURESE ESPONTÂNEA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.			
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim	[2]	

Paciente: WASHINGTON LUIS NOGUEIRA
Convênio: IAPVEA
Pósto: 20510 18

Ct. Base: 01/08/1977
Nº Prescrição: 25813146
Leito: 10182
27/02/2020 às 08:00

Atendimento: 65727390
Prontuário: 1530602
Peso: 80,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO; PARA A IDADE	30h	ORAL	CRM-8260
2. Hematologia Venosa Fase Única	20.83	Vol Total 500 ml ml/kg/cálculo 500 ml	CRM-8260
3. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	CRM-8260
Soro fisiológico 0.9%	100 ml	88h	EV
4. RANITIDINA (25.00mg/ml)	50mg	2 ML (AMPL C/ 50MG)	1212h
Água Destilada	18 ml	88h	EV
5. CLEXANE (40.00mg/ml)	40mg	0.4 ML (SERI C/ 40MG)	2424h
Ata veílencia	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	65h
6. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	65h
Água Destilada	18 ml	88h	EV
7. IRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	88h
Soro fisiológico 0.9%	100 ml	88h	EV
Ata veílencia	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	88h
8. BROMOPRIDA (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	88h
Água Destilada	18 ml	88h	EV
9. SONDAGEM VESCAL DE ALIVIO			SN
10. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA			SN
11. PUNCAO C/ JEICO			SN
12. SINAIS VITAIS			SN
13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS			SN
14. RETIRADA DE DRENO DE PORIOVAC			SN
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO			SN
16. COMPRRESSAO COM ETÉR			SN

Profissional: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 9777

PRESCRICÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Paciente: WAS-INGTON LUIS VOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dr. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025913145
Leito: 1019/2

Atendimento: 65727900
27/02/2020 às 08:00
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 17530602

Emissão: 28/02/2020 01:48

PRESCRICÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

Prescritor: CRM-8260

2. Hidratação Fase Única Venosa

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500ml

Prescritor: CRM-8260

3. CETOPROFENO IV (100.00mg) Soro Fisiológico 0,9%

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

14:00 : 22:00 : 28/02 - 06:00 :

Prescritor: CRM-8260

4. RANITIDINA (25.00mg/ml) Agua Destilada

50mg 2 ML (AMP C/ 50MG) 12/12h EV

47:00 : 28/02 - 05:00 :

Prescritor: CRM-8260

5. CLEXANE (40.00mg/ml)

40mg 0.4 ML (SERI C/ 40MG) 24/24h SC

17:00 medicação suspensa ;

Alta vigilância

Prescritor: CRM-8260

6. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) Agua Destilada

1000mg 2 ML (AMP C/ 500MG) 6/6h EV

06:00 : 14:00 : 20:00 : 28/02 - 02:00 :

Prescritor: CRM-8260

7. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%

100mg 2 ML (AMP C/ 100MG) 8/8h EV

SN

Alta vigilância

Prescritor: CRM-8260

8. BROMOPRIDA (5.00mg/ml) Agua Destilada

10mg 2 ML (AMP C/ 10MG) 8/8h EV

SN

Prescritor: CRM-8260

R071531

LEANDRO FALCÃO CRUZ

28/02/2020 01:48

IP: 192.05.0.101

Leandro Falcão Cruz
CRM-8260-571186-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 23/02/2020 01:48

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 13

Dt. Nasc.: 01/09/1977
Atendimento: 65727990
Nº Prescrição: 0025913148
27/02/2020 às 06:00
Leito: 1018/2
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 17530602

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO Prescritor: CRM-8260	SN	46:00	:
10. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE Prescritor: CRM-8260	SN		
11. PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-8260	SN		
12. SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-8260			
13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-8260	SN		
14. RETIRADA DE DRENO DE Prescritor: CRM-8260	SN	46:00	:
15. CURATIVO COM ATADURA E LE Prescritor: CRM-8260	SN		
16. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-8260		24/24h	
17. FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES Prescritor: CRM-8260	1	24/24h	
18. ENXERTO OSSEO	1	24/24h	
19. TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL D	1	24/24h	

Prescritor CRM-8260
Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SIND
ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Leandro Falcão Cruz
COREVGE 571 166-F

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 28/02/2020 01:48

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dr. Nasc.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025913145
Leito: 1018/2

Atendimento: 65727990

Prontuário: 17530602

27/02/2020 às 06:00

Peso: 80.00 kg

CASTOS

Descrição	Qntd.	Descrição	Qntd.	Descrição	Qntd.	Qntd.
CLEXANE						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2			
CLEXANE 40 MG SERI 4 ML SERI 4 ML	1	HV Vol Total: 500.00 Vig.				
DIPIRONA AMP						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	8	TOURNEIRA 03 VAS. - 1 UD	1			
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	EQUIPO SIMPLES DIÁMETRO LATERAL - 1 U 1				
SERENGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 11				
ALCOOL HEDROFLO - 500 GR						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20					
DIPIRONA 1 G 2 ML AMP 2 ML						
DIPIRONA 1 G 2 ML AMP 2 ML	4					
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML	4					
CETOPROFENO IV						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3					
SERENGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	3					
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20					
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	3					
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 1.5	12					
ALCOOL HEDROFLO - 500 GR	12					
PROFENO 100MG IV FRAS 1 UD	3					
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	9					
EQUIPO SIMPLES DIÁMETRO LATERAL - 1 U 3	3					
Curativo Medio+St+Gaze Acolchoada						
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 1.1	1					
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3					
LUVA DEISC ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1					
MICROFIORE 25X10 TUBO 1000 CM	1					
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1					
Curativo Com Atadura E Gaze Acolchoada Meril						
ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2					
GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 16 CM	2					
RANTIDINA						
ANTAK 2ML AMP 2 ML	2					
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML	2					
SERENGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2					
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4					
ALCOOL HEDROFLO - 500 GR	6					
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10					

RP1531 LEANDRO FALCÃO CRUZ 28/02/2020 01:48 JP: 102.R5.4.101

Leandro Falcão Cruz
CORP

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 16

DT. Nasç.: 01/08/1977
Nº Prescrição: 0025913146
Leito: 1018/2
Atendimento: 65727590
27/02/2020 às 06:00
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 17530002

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO Prescritor: CRM-8260	SN	
10. CURATIVO MEDIO SF+GAZE Prescritor: CRM-8260		16.00 ;
11. PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-8260	SN	
12. SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-8260		
13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-8260		
14. RETIRADA DE DRENO DE Prescritor: CRM-8260	SN	
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE Prescritor: CRM-8260		16.00 ;
16. COMPRESSAO COM ETÉR Prescritor: CRM-8260	SN	
17. FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES Prescritor: CRM-8260	1	24/24h
18. ENXERTO OSSEO Prescritor: CRM-8260	1	24/24h
19. TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL D Prescritor: CRM-8260	1	24/24h

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Prescrição para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 1
Emissão 27/02/2020 11:12

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

DI Nasc.: 07/08/1977
Nº Prescrição: 0025913146
Leito: 1018/2

Atendimento: 65727950
27/02/2020 às 06:00
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 17530502

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
-----------	------	-----------	------	-----------	------	-----------	------

CLIXAL

LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 1
CLOXAN 40 MG SER 4 ML SER 4 ML 1

DIPIRONA AMP

LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 4
AGUIHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2

SERINGA DE SCARTAVEL 20 ML SER 20 ML 2
ALCOOL HIDROFILO - 500 GR 4

ALCOOL 70% TOPICO FRAS 500 ML 10
DIPRONA 1 G 2 ML AMP 2 ML 2

AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML 2

CETOPROFENO IV

AGUIHA DE SCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2
SERINGA DE SCARTAVEL 50 ML SER 5 ML 2

ALCOOL 70% TOPICO FRAS 500 ML 20
TOROPO DE 5000 SAMPLS - 1 UD 2

SORO FISIOLOGICO 60% 100ML TUBO 100X12 2
ALCOOL HIDROFILO - 500 GR 8

PROF ENO 100MG IV FRAP 1 UD 2
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 8

EQUIPO SAMPLS CONECTOR LATERAL - 1 U 2

Curativo Medico-Si-Gaze Acidoacido

GATE 10X10 ESTERIL PCT CTE PCT 1 UD 3
LUVA DE SCARTAVEL 40X12 - 1 PA 1

SORO FISIOLOGICO 60% 100ML TUBO 100X12 1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 1

MECHOPOR 25X10 TUBO 1000 CM 1

Curativo Com Alcolina E Gaze Acidoacido Mudi

ATADESA DE CREPOM 10 CM - 1 UD 2
GATE ACOLCHADA 15X15 PCT 15 CM 2

RANITIDINA

ALCOOL HIDROFILO - 500 GR 4
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 5

AGUIHA DE SCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1

SERINGA DE SCARTAVEL 20 ML SER 20 ML 1

AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML 1

LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 2

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEMPágina 1 de 1
28/02/2020 04:34

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVDA	Nº Prescrição: 25943916	28/02/2020 às 04:33	
Posto: POSTO 1B	Leito: 101B/2	Enfermeiro(a):	LEANDRO FALCAO CRUZ
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO ARelacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Mantido:
OBSERVAR SINAIS FISIOLÓGICOS	Mantido:

Leandro Falcão Cruz
COREN-CE: 521.186-ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEMPagina 1 de 1
28/02/2020 04:35 AM
v1112.01

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	DT. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPV DA	Nº Prescrição: 25943918	28/02/2020 às 04:34	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: LEANDRO FALCAO CRUZ (COREN 571186)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
Sinais Vitais- Temperatura	Mantido		
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOSLeandro Falcão Cruz
COREN-CE 571186-ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/02/2020 11:16

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/2	
Profissional(is): ANTONIA JORDANA FELIPE GOMES DE BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 532219 [1]	Nº: 51500795	27/02/2020	às 11:12

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

[1]

PACIENTE W.L.M., 42a. SEXO MASCULINO.

HD: 5º PO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL DIREITO +
COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO COM DR WENDEL E SOB
ANESTESIA RAQUI COM DR SÉRGIO
NEGA ALERGIAS
COMORBIDADES: DM

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO.
CONTACTUANTE, AFEBRIL, ACIANOTICO
EM REPOUSO NO LEITO E CONTACTUANTE.
EUPNEICO EM AA, MANTENDO PADRÃO RESPIRATÓRIO
CONFORTÁVEL
ACEITA DIETA GERAL VO, PORÉM NO MOMENTO EM JEJUM PARA
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
CLAVÍCULA DIREITA
ENVIADO EMAIL PARA O CC, PASSADO O CASO PARA TÉCNICA
ADRIELLY, AGUARDANDO CHAMADO DO CC, HIGIENIZADO E EM
REPOUSO NO LEITO
DIURESE ESPONTÂNEA.

SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Jordana Brito
COREN-CE 532219 - ENF

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 18

CL. NASC. 01/09/1977

Nº Prescrição: 25927533

Data: 10/02

Atendimento: 65727990

Prontuário: 17530502

Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO, PARA A IDADE

3dr ORAL

CRM-8260

2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol Total	500 ml	7.00	gramas	CRM-8260
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	mL	500 ml			

3. CETOPROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1 FRAP	(FRAP C/100MG)	8sh	EV	CRM-8260
		100 ml					

4. PANITIDINA (25.00mg/ml)	Água Destilada	50mg	2 ML	(AMPL C/ 50MG)	12/12h	EV	CRM-8260
		18 ml					

5. CLEXANE (40.00mg/ml)	Água Viglância	40mg	0.4 ML	(SERI C/40MG)	2424h	SC	CRM-8260

6. DIFERONA AMP (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2 ML	(AMPL C/ 500MG)	6sh	EV	CRM-8260
			18 ml				

7. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2 ML	(AMPL C/ 100MG)	8sh	EV	CRM-8260
			100 ml				

8. PROMOPRIDA (5.00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2 ML	(AMPL C/ 10MG)	8sh	EV	CRM-8260
			18 ml				

9. FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - TRATAMENTO	1	2424h	CRM-8260

10. EXERCÍCIO OSSEO	1	2424h	CRM-8260

11. TRANSFERÊNCIAS MUSCULARES AO NÍVEL DO OMBRO - TR	1	2424h	CRM-8260

12. SONDAÇÃO VESICAL DE ALIVO			CRM-8260

13. CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE ACOCHOADA			CRM-8260

14. PUNÇÃO C/ JELCO			CRM-8260

15. SINAIS VITAIS			CRM-8260

16. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS			CRM-8260

17. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC			CRM-8260

18. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MÉDIO			CRM-8260

19. COMPRESSÃO COM ÉTER			CRM-8260

20. Alta em: 28/02/2020 ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO

Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Profissionais: CRM-8260

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 7260

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/02/2020 11:16

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/2	
Profissional(is): ANTONIA JORDANA FELIPE GOMES DE BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 532219 [1]	Nº: 51500795	27/02/2020	as 11:12

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

[1]

PACIENTE W.L.M., 42s. SEXO MASCULINO.

HD: 5º PO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO +
COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO COM DR WENDEL E SOB
ANESTESIA RAQUI COM DR SÉRGIO
NEGA ALERGIAS
COMORBIDADES: DM

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO,
CONTACTUANTE, AFEBRIL, ACIANOTICO
EM REPOUSO NO LEITO E CONTACTUANTE.
EUPNEICO EM AA, MANTENDO PADRÃO RESPIRATORIO
CONFORTÁVEL
ACEITA DIETA GERAL VO, POREM NO MOMENTO EM JEJUM PARA
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE
CLAVICULA DIREITA
ENVIADO EMAIL PARA O CC, PASSADO O CASO PARA TÉCNICA
ADRIELLY, AGUARDANDO CHAMADO DO CC, HIGIENIZADO E EM
REPOUSO NO LEITO
DIURESE ESPONTÂNEA.

SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

Jordana Brito
COREN-CE 532219 - ENF

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 18:48

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 65727990 Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/4

Profissional(is): WENDELL DE ALCANTARA MENDES, MÉDICO, CRM 14753 [1] Nº: 51296992 22/02/2020 às 18:45

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT COM FRATURA DE PLATO TIBIAL COM DESVIO POSTEROMEDIAL COM EDEMA DE GRANDE MONTA. REALIZADO ESTABILIZAÇÃO TEMPORÁRIA COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. AGUARDAR REDUÇÃO DE EDEMA PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

[1]

CID 10

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

[1]

Wendell de Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRMFC 14753 / SBO 14029

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/02/2020 07:55

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convenio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	
Profissional(is): WENDELL DE ALCANTARA MENDES, MÉDICO, CRM 14753 [1]		Nº: 51310706	23/02/2020 às 07:52

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT EM 1 PO DE TTO COM FIXADOR DE FRATURA DO PLATO TIBIAL
A DIREITA E FRATURA IPSILATERAL DE CLAVICULA.
AGUARDA MELHORA DE EDEMA PARA SINTESE DEFINITIVA
MANTENHO PRESCRIÇÃO

[1]

CID 10

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

[1]


Wendell de Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14753 / S821 16025

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/02/2020 10:05

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	
Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO, MÉDICO, CRM 13246 [1]		Nº: 51351898	24/02/2020 às 10:04

REGISTROS MEDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT EM 2 PO DE TIO COM FIXADOR DE FRATURA DO PLATO TIBIAL
A DIREITA E FRATURA IPSILATERAL DE CLAVICULA.
AGUARDA MELHORA DE EDEMA PARA SINTESE DEFINITIVA
MANTENHO PRESCRIÇÃO
solicito novo rx de clavícula para decidir tto

[1]

CID 10

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

[1]



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/02/2020 08:47

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	
Profissional(is): JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO, MEDICO, CRM 15434 [1]			
Nº: 51391590 25/02/2020 às 08:41			

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PCT EM 3 PO DE TTO COM FIXADOR DE FRATURA DO PLATO TIBIAL A DIREITA E FRATURA IPSILATERAL DE CLAVICULA. AGUARDA MELHORA DE EDEMA DO JOELHO DIREITO PARA SINTESE DEFINITIVA. FRATURA DE CLAVICULA COM INDICAÇÃO CIRURGICA MANTENHO PRESCRIÇÃO	[1]
CID 10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]

Jr. João Paulo Pinheiro Araújo
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 166544 ROE 10389
CREMEC: 15434

Vanessa Viana da
CONECT 45934-256

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/02/2020 08:47

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	

Profissional(is): JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO, MÉDICO, CRM 15434 [1]	Nº: 51391590	25/02/2020	às 08:41
--	--------------	------------	----------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT EM 3 PO DE TTO COM FIXADOR DE FRATURA DO PLATO TIBIAL
A DIREITA E FRATURA IPSILATERAL DE CLAVICULA .
AGUARDA MELHORA DE EDEMA DO JOELHO DIREITO PARA
SINTESE DEFINITIVA
FRATURA DE CLAVICULA COM INDICAÇÃO CIRURGICA
MANTENHO PRESCRIÇÃO

[1]

CID 10

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

[1]

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/02/2020 08:13

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convenio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	

Professional(is): JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO, MÉDICO, CRM 15434 [1]	Nº: 51432196	26/02/2020	as 08:08
--	--------------	------------	----------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT NO 4 - PO DE TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO DE
FRATURA DO PLATO TIBIAL A DIREITA E FRATURA IPSILATERAL DE
CLAVICULA . [1]
AGUARDA MELHORA DE EDEMA DO JOELHO DIREITO PARA
SINTESE DEFINITIVA
FRATURA DE CLAVICULA COM INDICAÇÃO CIRURGICA
MANTENHO PRESCRICAO

PACIENTE AFEBRIL NAS ULTIMAS 24H
ACEITA DIETA

CID 10

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

[1]

Dr. João Paulo Pinheiro Araújo
Cirurgião de Traumatologia
TEOT 16884 - ROE 10385
CREMEC: 15434

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/02/2020 23:51

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65727990

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

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

Nº: 51541073 27/02/2020 às 23:50

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
DE CLAVICULA DIREITA, SEM INTERCORRENCIAS. CD: A SR

[1]

CID 10

S420 FRATURA DA CLAVICULA

[1]

Dr. Deginaldo Holanda
Osteodonto e Traumatologista
Cirurgião de Mão e Cotovelo
CRM-REC 13202 / RQE 2123

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/02/2020 07:31

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convenio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/2	

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]	Nº: 51487307	27/02/2020	às 07:29
--	--------------	------------	----------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolution Do Paciente	4 pós op de fratura de plato tibial posterior com fixador externo ainda sem condições clínicas de tto cirúrgico definitivo solicito tto cirúrgico de clavícula d novos exames laboratoriais e avaliação do anestesiologista conduta - vpm	[1]
CID 10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA	[1]


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

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/02/2020 08:17

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]		Nº: 51552019	28/02/2020 às 08:12

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

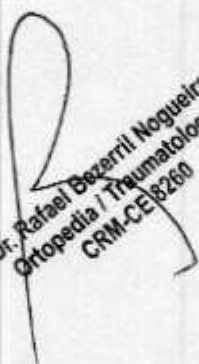
1 PÓS OP DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, E COM FIXADOR EXTERNO EM PLATO TIBIAL. EVOLUI ESTAVEL SEM QUIXAS. ALTA HOSPITALAR COM PROGRAMAÇÃO DE SINTESE DEFINITIVA DIA 03/03/2020 COM DR BRUNO BOTELHO SE TIVER CONDIÇÕES CLÍNICAS

[1]

CID 10

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

[1]


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

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

22 de 07 de 2020

Hora: _____

Nome legível: _____

Assinatura: [Assinatura]

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

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.

Washington Luis Horta
Médico
CREMEC 21299

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



Paciente: CRISTIANE LIMA
Passagem: _____ Leitor: _____
Prontuário: 99590602

PESO	ALTURA (cm)	PA	PC	TEMP	FR	JEJUN (mg)	DOR												
85		130476	70	37.1	97/L	Sólidos	Adulto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
						Líquidos	Criança	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
CIRURGIA/PROCEDIMENTO											DIAGNOSTICO								

AVALIAÇÃO CLÍNICA																		
Cardio-circulatório ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras	☐ Negativo ☐ Valvulopatia ☐ Arritmia ☐ Angioplastia ☐ DVP ☐ AAA	Câncer ☐ Quimioterapia ☐ Outras	☐ Negativo ☐ Radioterapia															
Respiratório ☐ Dependência O ₂ ☐ Asplênia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras	☐ Negativo ☐ Asma ☐ Tuberculose ☐ DPOC	Infeccioso ☐ HIV ☐ Outras	☐ Negativo															
Gastrointestinal/hepático ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/ diarreia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obst. Intestinal ☐ Outras	☐ Negativo ☐ Gastrite ☐ Hepatite ☐ Ictericidade ☐ Cirrose	Gravidez ☐ Idade gestacional _____ semanas	☐ Negativo															
Neurológico ☐ Convulsões ☐ Diminuição/ fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras	☐ Negativo ☐ AVC ☐ Cefaleia ☐ PIC	Crianças abaixo de 1 ano ☐ Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo:	☐ Negativo															
Renal ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras	☐ Negativo ☐ Diálise	☐ Idade gestacional _____ semanas ☐ Idade pós-conceitual _____ semanas (idade gest. + idade atual)	☐ Negativo ☐ Cigarros/dia ☐ Drogas															
Hematológico ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Outras	☐ Negativo ☐ Coagulopatia ☐ Anemia	Hábitos Sociais ☐ Tabaco ☐ Alcool ☐ Outras	☐ Negativo															
Músculo esquelético ☐ Dor lombar ☐ Miosculodistrofia ☐ Outras	☐ Negativo ☐ Artrite	Alérgias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Tipo/Alergê</th> <th style="width: 50%;">Reação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Tipo/Alergê	Reação											☐ Negativo			
Tipo/Alergê	Reação																	
Endócrino ☐ Diabetes tipo ☐ Patologia da tireóide ☐ Outras	☐ Negativo	Cirurgia/anestesia prévia ☐ Negativo <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Cirurgia</th> <th style="width: 25%;">Anestesia</th> <th style="width: 50%;">Dados relevantes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes													☐ 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	Ha

 Medicação (verificar se tomou no dia da cirurgia)

Via aérea
 História de 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
 Emergência: ☐ Sim ☐ Não

Planejamento Anestésico

Comentários sobre os achados:	DATA: 17/04/10	CRM: 327289
Assinatura do médico:	Assinatura do médico: Silva Amatz	



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**



Nome do Paciente: <u>Washington Luis Moura</u>	
Data de Nascimento: _____	Data de Internação: _____

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

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

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

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

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

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ RG: _____

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

Fortaleza, _____ de _____ de 20 ____.

Washington Luis Moura
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

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

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

Fortaleza, 22 de fevereiro de 20 20.

Assinatura/ Carimbo do Médico

Wendel de Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14753 / SBO1 16025

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**



Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Data de Internação: _____

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

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

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

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

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

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ RG: _____

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

Fortaleza, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

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

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

Fortaleza, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura/ Carimbo do Médico

Dr. Regina de Alencar
Obrigado a transcrição
Assinatura e Carimbo
15/02/2012 / RDE-0123

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Washington Luiz Viana
Passagem: _____ Letor: _____
Prontuário: _____

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

Tto. cu. de fúrcula de clavícula DIAGNÓSTICO

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

Respiratório ☒ Negativo
☐ Dependência O₂
☐ Apnéia do sono
☐ IVAS recente
☐ Espectoração
☐ Outras _____

Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo
☐ Refl. Gastro-esofágico ☐ Gastrite
☐ Úlcera péptica ☐ Hepatite
☐ Vômito/diarréia ☐ Icterícia
☐ Hernia de hiato ☐ Cirrose
☐ Dist. Intestinal
☐ Outras _____

Neurológico ☒ Negativo
☐ Convulsões ☐ DAVC
☐ Paralisia/fraqueza ☐ Cefaleia
☐ Queixa medular ☐ PIC
☐ Outras _____

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

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

Músculo esquelético ☒ Negativo
☐ Dor lombar ☐ Artrite
☐ Miopatia/distrofia
☐ Outras _____

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

Câncer ☒ Negativo
☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia
☐ Outras _____

Infecção ☒ 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 _____
☐ Outras _____

Alergias ☒ Negativo

Tipo/Agente	Reação
<u>Não</u>	

Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes
<u>Fratura externa da</u>		
<u>fratura de m. de</u>		

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	Hc
K	Plaquetas	Glicose

Medicação Anticoagulante e soro no dia da cirurgia

Via aérea
 História da via aérea difícil
☐ Sim ☒ Não

Mallampati
☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno/mento
12 cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias ☒ Negativo

Tipagem solicitada

Reserva de _____ U. Conc. Glob

Avaliação ASA
☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V
Emergência: ☐ Sim ☒ Não

Planejamento Anestésico
Blow e Sinal

Comentários sobre os achados

Dra. Reisella Verh
Anestesiologista
CRM 17837

27/02/2015 22:20





Folha 01 de 008

(Presençar quando não houver dúvida)

Nome completo (paciente): Washington Luis Mota

CPF: 012.123.456 Data de nascimento: 01/01/1972

Médico: Dr. Reisalla Verh

CRM: 17837

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

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 anestesiológico. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

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

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

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

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológico sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

22 de fevereiro de 20 20

Hora: 22:20

Nome legível: Washington Luis Mota

Assinatura: [assinatura]

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

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. Reisalla Verh

Anestesiológica

CRM 17837

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

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Washington Luis Moura
Data de nascimento	01/08/1977
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Soraia (isobrinha)
Procedimento a ser realizado	Fl. tibia

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?	X		Simvastatina
Problemas cardíacos ?		X	
tem diabetes ?	X	/	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		
Identificação com pulseira	X		

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

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

Local e data: Fortaleza 22/02/2020 Horário: 16:30 h

[Assinatura]

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Aldemir Melo

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Nome completo: Washington Luis Mendes Data de nascimento: 01/03/77 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: ____/____/____ Hora: ____ Unidade de origem: R P D Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S

Motivo da transferência: alta médica
Diagnóstico(s): Fratura de clavícula
Sinais Vitais: PA 133/85 mmHg FC 67 bpm FR 18 rpm T 35.9 °C
SpO2 90% Escala de dor _____
Medicamentos em uso _____
Riscos gerenciados: (X) Não se aplica () Flebite () TEV () LPP () Queda () Outros: _____
Protocolos gerenciados: (X) Não se aplica () Sepsis () Dor torácica () Outros: _____
Suporte de oxigênio: () Não () Sim () Cateter l/min () Nebulização l/min () Ventilação mecânica
Acessos vasculares: () Não () Sim () CVC (X) CVP () PICC () Port a cath () Outros: _____
Sondas, drenos, ostomias: (X) Não () Sim Qual? _____
Outros dispositivos: (X) Não () Sim Qual? _____
Lesão de pele: () Não (X) Sim Local: _____ Estágio: _____
Curativos: () Não (X) Sim Qual produto? _____
Precaução: (X) Não () Sim () Contato () Aerossóis () Gotículas
Monitorização: (X) Não () Sim Qual? _____
Nível de consciência: (X) Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso
Locomoção: () Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio (X) Acamado
Transporte utilizado: () Cadeira de rodas (X) Maca () Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

B

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

AValiação

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

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

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino



Nome completo: Washington Luiz Moura Data de nascimento: 01/08/77 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 22/02/2023 Hora: 22:50 Unidade de origem: RPA Unidade de destino: JB
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Alta assistencial
Diagnóstico(s): Fratura de tíbia
Sinais Vitais: PA 106 x 66 mmHg FC 75 bpm FR 15 rpm T: 37.3 °C
SpO2 98 % Escala de dor 0
Medicamentos em uso: _____
Riscos gerenciados: ☒ Não se aplica () Flebite () TEV () LPP () Queda () Outros: _____
Protocolos gerenciados: ☒ Não se aplica () Sepsis () Dor torácica () Outros: _____
Suporte de oxigênio: ☒ Não () Sim () Cateter U/min () Nebulização U/min () Ventilação mecânica
Acessos vasculares: () Não ☒ Sim () XVC ☒ XVP () PICC () Port a cath () Outros: _____
Sondas, drenos, ostomias: ☒ Não () Sim Qual?: _____
Outros dispositivos: ☒ Não () Sim Qual?: _____
Lesão de pele: ☒ Não () Sim Local: _____ Estágio: _____
Curativos: ☒ Não () Sim Qual produto?: _____
Precaução: ☒ Não () Sim () Contato () Aerosóis () Gotículas
Monitorização: ☒ Não () Sim Qual?: _____
Nível de consciência: ☒ Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso
Locomoção: () Deambula sem auxílio ☒ Deambula com auxílio () Acamado
Transporte utilizado: () Cadeira de rodas ☒ Maca () Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

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

Data: ____/____/____

AVALIAÇÃO

Registrar dados relevantes
das últimas 24 horas

S/I

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais
e pendências

☒ Não () Sim Qual(is)?: _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

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

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 13:36

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	DI. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65721610	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): MARCIANA SOARES VITOR, ENFERMEIRO(A), COREN 293113 [3]	Nº: 51285594	22/02/2020	às 13:30

DADOS DA ADMISSÃO			
Data Da Cirurgia	22/02/2020		[1]
Cirurgia	FRATURA DO PLSTO TIBIAL		[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC			
Setor De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA		[1]
Identidade Do Paciente	Sim.		[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.		[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	NÃO.		[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	Não.		[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.		[1]
Exames Complementares	Sim. TC RX ECG		[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.		[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.		[1]
Tricotomia	Sim.		[1]
Banho Pre-Operatório	Sim.		[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.		[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.		[1]
Paciente Está Em Jejum			
Quanto Tempo	JEJUM COMPLETO		[1]


 Marciana Soares Vitor
 COREN 293113



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

POSTO COLETA EMG ADULTO - HAPFOR

Nº Pedido: 35742238

Data: 22-02-2020 13:35

Pag: 2 de 2

Paciente...: WASHINGTON LUIS MOURA Sexo: M Nasc: 01-08-1977
RG...: 94010033848 SSP CE Conv.: HAPVIDA N° Conv: B2111000132004011
Endereço...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 603412 Tel.: 999029263
Solicitante: Dr(a) WENDELL DE ALCANTARA MENDES

Exame...: COAGULOGRAMA COMPLETO (PLASMA) Coleta: 22/02/2020 13:35
Método...: COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO Liberação: 22/02/2020 14:11

	Valores Obtidos	Valores de Referência
TEMPO DE PROTROMBINA.....	13,1 s	
ATIVIDADE.....	97,4 %	Maior ou Igual a 70%
INR.....	1,01	1,00 Á 1,25
TEMPO DE TROMBOP. PARC. ATIVADO:	22,2 s	26.6 Á 40s
RATIO.....	0,69	Até 1,20

Obs: Faixas Terapêuticas em INR para várias indicações de tratamento anticoagulante.

- Profilaxia da tromboembolia venosa: 2,00 a 2,50
- Tratamento da embolia venosa profunda (fase crônica), embolia pulmonar e embolia sistêmica: 2,00 a 3,00
- Profilaxia em cirurgia de alto risco: 2,00 a 3,00
- Profilaxia da embolia venosa sistêmica em pacientes com fibrilação atrial e infarto do miocárdio: 2,00 a 3,00
- Tratamento de TVP (fase aguda) e embolia pulmonar ou sistêmica (fase aguda): 2,00 a 4,00
- Prótese de válvula cardíaca, embolia sistêmica recorrente e embolia arterial: 3,00 a 4,00

Evaline Gomes Livino
Biomedica CRBM - 4920

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS****POSTO COLETA EMG ADULTO - HAPFOR****Nº Pedido: 35742238****Data: 22-02-2020 13:35****Pag: 1 de 2**

Paciente: **WASHINGTON LUIS MOURA** Sexo: **M** Nasc: **01-08-1977**
RG: **94010033848 SSP CE** Conv.: **HAPVIDA** N°Conv: **B2111000132004011**
Endereço: **R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 603412** Tel.: **999029263**
Solicitante: **Dr(a) WENDELL DE ALCANTARA MENDES**

Exame: **HEMOGRAMA COMPLETO COM REVISAO DE LAMINAS** Coleta: **22/02/2020 13:35**
Método: **AUTOMAÇÃO** Liberação: **22/02/2020 14:22**

	Valores Obtidos		Valores de Referência	
			Homens	Mulheres
HEMÁCIAS.....		4,81 Milhões/uL	4,4 a 6,6	4,2 a 5,4 Milhões/uL
HEMOGLOBINA.....		14,0 g/dL	13 a 18	12 a 16 g/dL
HEMATÓCRITO.....		42,0 %	39 a 54	37 a 48%
VOL. CORPUSCULAR MÉDIO:		87,3 fL	76 a 96	76 a 96 fL
HB. CORPUSCULAR MÉDIA..		29,1 pg	27 a 33	27 a 33 pg
CONC. HB. CORP. MÉDIA..		33,3 g/dL	32 a 36	32 a 36 g/dL
R.D.W.....		14,1 %	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0
LEUCÓCITOS.....		8.760 /uL	2 a 8 meses: 10.000 a 16.000/uL 7 a 12 meses: 6.500 a 13.000/uL 1 a 14 anos: 5.000 a 10.000/uL Adulto: 4.000 a 10.000/uL	
	(%) (uL)		Normal (%)	Normal (uL)
NEUTRÓFILOS.....	77	6.745	54 a 67	2.160 a 6.700
PROMIELÓCITOS.....	0	0	0	0
MIELÓCITOS.....	0	0	0	0
METAMIELÓCITOS.....	0	0	0 a 1	0 a 100
BASTÕES.....	0	0	0 a 4	0 a 400
SEGMENTADOS.....	77	6.745	54 a 62	2.160 a 6.200
EOSINÓFILOS.....	0	0	1 a 5	40 a 500
BASÓFILOS.....	0	0	0 a 2	0 a 200
LINFÓCITOS.....	18	1.577	20 a 36	800 a 3.600
MONÓCITOS.....	5	438	3 a 10	120 a 1.000
BLASTOS.....	0	0		
CONTAGEM DE PLAQUETAS..		241.000 /uL		140.000 a 500.000
HEMÁCIAS NORMOCRÔMICAS E NORMOCÍTICAS.				
LINFÓCITOS SEM ATIPIAS.				
PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS				
NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS.				

Dr. Cristiano Saralva Fialho
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRF - 2579

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

POSTO COLETA PAC INTERNO - HAPFOR

End: Av. Aguanambi, 1827 - Fatima | Fortaleza - CE

Fone: 4002 - 3633

CNPJ: 12.361.267/0001-93

Insc. Conselho: 218/1489-J

Nº Pedido: 35773148

Data: 27-02-2020 08:28

Pag: 1 de 1

Paciente...: WASHINGTON LUIS MOURA Sexo: M Nasc: 01-08-1977
 RG...: 94010033848 SSP CE Conv.: HAPVIDA N°Conv: B2111000132004011
 Endereço...: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 603412 Tel.: 999029263
 Solicitante: Dr(a) RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA 1B LEITO 1018 - 133180

Exame...: HEMOGRAMA COMPLETO COM REVISAO DE LAMINAS Coleta: 27/02/2020 08:28
 Método...: AUTOMAÇÃO Liberação: 27/02/2020 09:52

	Valores Obtidos		Valores de Referência	
			Homens	Mulheres
HEMÁCIAS.....	4,61	Milhões/uL	4,4 a 6,6	4,2 a 5,4 Milhões/uL
HEMOGLOBINA.....	13,5	g/dL	13 a 18	12 a 16 g/dL
HEMATÓCRITO.....	40,0	%	39 a 54	37 a 48%
VOL. CORPUSCULAR MÉDIO.....	86,8	fL	76 a 96	76 a 96 fL
HE. CORPUSCULAR MÉDIA.....	29,3	pg	27 a 33	27 a 33 pg
CONC. HB. CORP. MÉDIA.....	33,8	g/dL	32 a 36	32 a 36 g/dL
R.D.M.....	14,2	%	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0
LEUCÓCITOS.....	5.350	/uL	2 a 8 meses: 7 a 12 meses: 1 a 14 anos: Adulto	10.000 a 16.000/uL 6.500 a 13.000/uL 5.000 a 10.000/uL 4.000 a 10.000/uL
	(%)	(uL)	Normal (%)	Normal (uL)
NEUTRÓFILOS.....	57	3.050	54 a 67	2.160 a 6.700
PROMIELÓCITOS.....	0	0	0	0
MIELÓCITOS.....	0	0	0	0
METAMIÉLOCITOS.....	0	0	0 a 1	0 a 100
BASTÕES.....	0	0	0 a 4	0 a 400
SEGMENTADOS.....	57	3.050	54 a 62	2.160 a 6.200
EUSINÓFILOS.....	7	375	1 a 5	40 a 500
BASÓFILOS.....	1	54	0 a 2	0 a 200
LINFÓCITOS.....	28	1.498	20 a 36	800 a 3.600
MONÓCITOS.....	7	375	3 a 10	120 a 1.000
BLASTOS.....	0	0		
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....		285.000 /uL		140.000 a 500.000
HEMÁCIAS NORMOCRÔMICAS E NORMOCÍTICAS.				
LINFÓCITOS SEM ATIPIAS.				
PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS				
NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS.				



Dr. Marcelo Takio Almeida Miyasaki
 Biomedico - CRBM - 625

RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) - MARCELO TAKIO ALMEIDA MIYASAKI - CRBM - 625 - PA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

POSTO COLETA PAC INTERNO - HAPFOR

End: Av. Aguanambi, 1827 - Fatima | Fortaleza - CE

Fone: 4002 - 3633

CNPJ: 12.361.267/0001-93

Insc. Conselho: 218/1489-J

Nº Pedido: 35773171

Data: 27-02-2020 08:30

Pag: 1 de 1

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA Sexo: M Nasc: 01-08-1977
RG: 94010033848 SSP CE Conv.: HAPVIDA Nº Conv: B2111000132004011
Endereço: R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 603412 Tel.: 999029263
Solicitante: Dr(a) RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA 1B LEITO 1018 - 133180

Exame: COAGULOGRAMA COMPLETO (PLASMA)

Coleta: 27/02/2020 08:30

Método: COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO

Liberação: 27/02/2020 10:27

	Valores Obtidos	Valores de Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	13,3 s	
ATIVIDADE	87,5 %	Maior ou Igual a 70%
INR	1,08	1,00 Á 1,25
TEMPO DE TROMBOP. PARC. ATIVADO	28,5 s	26,6 Á 40s
RATIO	0,88	Até 1,20

Obs: Faixas Terapêuticas em INR para várias indicações de tratamento anticoagulante.

- Profilaxia da tromboembolia venosa: 2,00 a 2,50
- Tratamento da embolia venosa profunda (fase crônica), embolia pulmonar e embolia sistêmica: 2,00 a 3,00
- Profilaxia em cirurgia de alto risco: 2,00 a 3,00
- Profilaxia da embolia venosa sistêmica em pacientes com fibrilação atrial e infarto do miocárdio: 2,00 a 3,00
- Tratamento de TVP (fase aguda) e embolia pulmonar ou sistêmica (fase aguda): 2,00 a 4,00
- Prótese de válvula cardíaca, embolia sistêmica recorrente e embolia arterial: 3,00 a 4,00



Dra. Jeanne Figueiredo

Farmacêutica (A) - Bioquímica (A) CRP - 1686

RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) - MARCELO TAKIO ALMEIDA MIYASAKI - CRBM - 625 - PA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 13:30

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 65721610 Prontuário: 17530602
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/5

Profissional(is): MARCIANA SOARES VITOR, ENFERMEIRO(A), COREN 293113 [1] Nº: 51285370 22/02/2020 às 13:22

PACIENTE

Identificação Do Paciente	SIM	[1]
Data De Admissão	22/02/2020	[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	22/02/2020	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DO PLATO TIBIAL	[1]
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Não.	[1]
Internações Anteriores	SIM	[1]
Motivo das Internações	PROCEDIMENTO CIRURGICO	[1]
Cirurgias Anteriores	Sim.	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
Reserva de Hemoderivados		
Higienização	Sim	[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
Exames E Procedimentos	Sangue. TC RX	[1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado	85 kg	[1]
Conservado	Sim	[1]
Dentição	Preservada.	[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]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 13:30

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65721610

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/5

Memorizar

Não.

[1]

Falar

Não.

[1]

PARTICIPAÇÃO / RELACIONAMENTO

Quem da Família Cuida do Paciente

ESPOSA E FILHOS

[1]

CONFORTO**DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS**

Data

22/02/2020

[1]

Hora

13:30

[1]

INTRA-OPERATÓRIO**POS-OPERATÓRIO**

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 19:11

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/4	
Profissional(is): PAULO VICTOR DE SOUSA TOME, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1292709 [1]	Nº: 51296582	22/02/2020	às 18:36

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/02/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	18:15	[1]
Cirurgia	COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	NÃO.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 19:11

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65727990

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não se aplica.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirurgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirurgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	DORSAL	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/02/2020 19:11

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/4	
Profissional(is): PALLO VICTOR DE SOUSA TOME, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1292709 [1]		Nº: 51296862	22/02/2020 às 18:42
PALLO VICTOR DE SOUSA TOME COREN 1292709 [2]			

PACIENTE

Identificação Do Paciente	WASHINGTON LUIS MOURA	[1]
Data De Admissão	22/02/2020	[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência	[1]
Data Da Cirurgia	22/02/2020	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO	[1]
Pulseira De Identificação	MSD	[1]
Comorbidades	DM	[1]
Nome, dosagem, frequência	SINVASTATINA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]

CONFORTO
PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Procedimentos Intervencionistas e Cirúrgicos	[2]
--	-----

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	DR GUSTAVO AMARIZ	[2]
Hora	17:55	[2]
Sala	03	[2]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	INTEGRA	[2]
Início Da Anestesia	18:00	[2]
Término Da Anestesia	18:45	[2]
Início Da Cirurgia	18:15	[2]
Término Da Cirurgia	18:35	[2]
Instrumentador	JULIANA	[2]
Circulante	VICTOR	[2]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal	[2]
Membro Ou Lado A Ser Operado	DIREITO	[2]
Numero Inicial De Compressas	15 UD	[2]
Contagem Final De Compressas	15 UD	[2]
Medicações/hora	KEFAZOL 2GM AS 18:00HS	[2]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[2]
Clorexedine Degermante	Sim	[2]
Alcool	Sim	[2]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INTEGRA	[2]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

22/02/2020 19:11

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65727990

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/4

Grau De Contaminação	LIMPA	[2]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA	[2]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	19:00	[2]
SINAIS VITAIS		
Pulso	99 bpm	[2]
PA	107X81	[2]
PAM	89	[2]
FC	99 bpm	[2]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[2]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PCT. NA S003 PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO COM DR. WENDEL. ANESTESIA REQUE MAIS SEDAÇÃO COM DR. GUSTAVO. COM AVP EM MSE EM CURSO, EVOLUINDO BEM. SSVV ESTAVEIS, POI ENCAMINHADO PARA SRPA	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	PERNA DIREITA	[2]
Punções Venosas	MSE	[2]
POS-OPERATÓRIO		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/02/2020 22:18

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65727990

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

Leito: 1018/2

Profissional(is): TARCISIA SOUZA DA SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 348113 [1]

Nº: 51537796 27/02/2020 às 22:16

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguineas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]

Não se aplica.

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/02/2020 22:18

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65727990	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/2	
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente			[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião			[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente			[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento			[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento			[1]
Especificar			[1]
DORSAL			



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
65974634



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

10/07/2020 16:12:32

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17530602	WASHINGTON LUIS MOURA	M	01/08/1977	42

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
94010033848 SSP CE	77145160382		1-CASADO

Endereço
R RIO PARAGUAL720 - JARDIM IRACEMA, FORTALEZA(CE) CEP 60341270

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
999029263	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
B2111000132004011		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
05/03/2020	05:49		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1938509 LEANDRO REBOUÇAS BEZERRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R431016A-(1,10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:08

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65974634	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGÊNCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): LEANDRO REBOUÇAS BEZERRA CRM 13156 [1]	Nº: 51879226	05/03/2020	às 05:58

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE AUSENTE AO CHAMADO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:08

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65974634	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO CRM 10780 [1]	Nº: 51864639	05/03/2020	às 08:01

ANAMNESE

Queixa Principal	fratura tibia proximal dir SOLICITADO CIRURGIA E ENTREGUE PEDIDO DE CIRURGIA NA MÃO DA ENFERMEIRA ÀS 08:12	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 «CID10 NÃO AGRUPADOS»	[1]
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:09

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65974634	Prontuário: 17530602
Convênio: HAFVDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): SADJO COLUSALI COREN 1341322 [1]	Nº: 51893814	05/03/2020	às 10:41

SINAIS E SINTOMAS

Administração medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim	[1]
--	-----	-----

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal		[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)		[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)		[1]
Queda Adulto (Morse)		[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)		[1]
Flebite		[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico		[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:09

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65974634	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): MARIA ALVES PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 006968 [1] SADJO COLUBALI COREN 1341322 [2]	Nº: 51893560	05/03/2020	às 10:39

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem	J	[1]
Administração medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim	[2]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE SORO FISIOLÓGICO 0.9% TUBO #####ML EV JUSTIFICADO AS , EM POR MOTIVO OK REALIZADO

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal	[2]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[2]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[2]
Queda Adulto (Morse)	[2]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[2]
Flebite	[2]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[2]

05/03/2020 10:52:14

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17530602	WASHINGTON LUIS MOURA	M	01/08/1977	42
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
94010033848 SSP CE	77145160382		1-CASADO	
Endereço				
R RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA-CE CEP:60341270				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
999029263		RAIMUNDA MOURAO DE ARAUJO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
05/03	10:43		
Médico Atendente			Clinica
1630440 MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1630440 MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	STUDART SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA - EPP
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
C. ira	Validade	
B. 0132004011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	220 LEITO UTI SEMI INTENSIVA	02	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
45284650	99996666	D57254417	INTERNACAO
45284650	30710057	D57254417	RETIRADA DE FIXADORES EXTERNOS
45284650	30727162	D57259072	OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO
45284650	30727138	D57258447	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
45284650	30732026	D57261303	ENXERTO OSSEO

- ☒ RISCO DE QUEDA
☐ RISCO DE UPP
☐ RISCO DE FLEBITE
☒ RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
☒ RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

11908160



NOTA DE SALA

tendimento:	65967996	Prontuário:	17530602	WASHINGTON LUIS MOURA	HAPVIDA
irurgia(s) :	30732026	ENXERTO OSSEO	Tipo Anestesia: RAQUE+SEDACAO		
	30710057	RETIRADA DE FIXADORES EXTERNOS	30727182	OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO	
	30727138	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO			
ala Cirúrgica:	SALA 00 02	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	220
equipe Médica:	CIRURGIAO	1630440	MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO	CRM	10780
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	3184358	ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO	CRM	11538
	ANESTESISTA	3931331	BARBARA DUARTE FERRAZ	CRM	59730

Idigo	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13x4,5 - 1 UD	1	130863	DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML SOL INJ FRAP AMPL 2 ML	1
948	AGULHA DESC. DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
855	AGULHA DESCARTAVEL 25x07 - 1 UD	3	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
871	AGULHA DESCARTAVEL 30x08 - 1 UD	2	48194	MARCAINA PESADA 0.5% AMPL 1 UD	1
450	AGULHA DESCARTAVEL 40x12 - 1 UD	4	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
739	ALCOOL 70% IODICO FRAS 1000 ML	50	124102	MORFINA 0.2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML	1
747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
083	ALGODAO HIGIENIZ. 500 GR	10	59808	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
928	ARRUELA P/ MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	2
938	ATADURA DE CILIPOM 10 CM - 1 UD	2	43788	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 1000 ML TUBO 1000 ML	2
074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
2352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	3	45250	XYLOCAINA 5/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
880	CANETA DESCARTAVEL P/ BISTURB - 1 UD	1			
103	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1			
5865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200			
5868	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200			
2712	CLOREXEDINA DEREGENTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
8880	COMPRESSA OPERATORIA 75X28 ESTERIL C/8 UD - 1 UD	6	15	TAXA DE SALA	Início: 12:40 Fim: 15:00
4084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1	20	OXIGENIO	Início: 12:40 Fim: 15:00
997	ESPARADRAPO IMPERME 10CMX4,5M TUBO 450 CM	100	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 12:30 Fim: 15:00
771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50	16	MONITORIZACAO	Início: 12:40 Fim: 15:00
0523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 12:40 Fim: 15:00
771	FAIXA DE SMARICH 12CM ROLO 1 UD	2			
9496	FIO MONONYLON (1163T) - ETHILON BLK 3.0 ENV 1 UD	2			
1805	FIO Q VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VLI 2 ENV 1 UD	2			
3505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8			
867	GOIRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2			
5112	LATEX SILICONIZADO - 1 MI	3			
835	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
851	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
860	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	3			
878	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1			
8822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/1RAS PCT 50 UD	5			
004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200			
14942	PARAFUSO CORTICAL - 1 UD	5			
10923	PLACA DESCARTAVEL BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
10245	PLACA EM T 4.5MM C/ PARAFUSOS - 1 UD	1			
848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	2			
856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
884	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
17256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
1430	ULTRA GEL OL 5000 GR	10			

Ent: 12:35h
 An: 12:40h - 15h
 Cu: 13:15h - 14:50h

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: Washington Luis Mame Data: 05/03/2020
 Idade: 42 Sexo: F () M (X)
 Peso: 82 kg
 Prontuário: 1753 0602 Convênio: Hapvida
 Diagnóstico: FX tibia (D)
 Cirúrgico: R. Márcio Fosteiro Anestesia: Raqui + Sedação
 Cirurgião: R. Márcio Fosteiro ASA: 1

A	HORA	12:40h	15h
G	O ₂		
E	H ₂ O		
N	Ar		
T			
E			
S			

LIQUIDOS 350, 140, 500 + 500 + 500 ml

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂ 99% - 99% - 99% - 99%				
ETC O ₂				
PVC				
120				
200				
180				
160				
140				
120				
100				
80				
60				
40				
20				

NEGA ALERGIAS

AP 82,5

RNI 1,08

PQT 285,000

DROGAS	EVENTO
1 Raqui	A fim de controle da dor
2 Lidocaína na têcnica 15mg	B de controle da dor
3 Morfina 5mg	C
4 Cetorolona 3mg	D Raqui anestesia realizada sob
5 Ketorolona 3mg	E técnica anestésica, parâmetros
6 Cetorolona 100mg	F na 14-15, confirmados para
7 Propofol 100mg	G controle da hipoxia arterial
8 Ondansetron 8mg	H
9 Dipirona 2g	I
10	J

LIQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação: Oro Nasal Sonda
					Respiração: Espont. Assist. Mecan.
					Absorvedor da: Sim Com
					Posição: D.V Local da Punção: L4-L5
					Aguilha: 27 Técnica: Punção
					Início: 12:40h Final: 15h
					Duração:

Condição final op: Estável - encaminhado à SAA

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesista - CRM

Barbara Duarte Ferraz
 Médica
 CREMEC - 15.542

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ADRENALINA amp		ROCEFIN 1g	
ATISANIL amp 150 mg/ml		RAPLEN	
ATROPINA 0,25 mg/amp		SEVORANE	
BICARBONATO DE SÓDIO amp		SOLU-CORTE 500 mg	
CEDIDIN 150 mg		SUFENTA ml	
CLORÍDIO DE POTÁSSIO 10% amp		TRANSAMIN	
COPOL 200 mg TR		TRIMENBUTAL 0,5 mg	
CLEFANE 20 mg/amp		TRAMAL 100 mg	
DECAIDON 4 mg H 2,5 ml		TRIDOL 50 mg	
DPAZOLAM 10 mg		TRACRYL 25 mg/amp	
DIAGORF 0,5 mg/ml Amp (1ml)	CA	ULTRA 2 mg	
DIACORF 10 mg		XILOCAINA amp S/AO 5 ml 2%	
DIPRIVAN amp 20 ml		XILOCAINA C/A 2% ml	
DIPRIVAN seringa 50 ml PES		XILOCAINA PESADA 5% amp	
DIPRIVAN amp	CA	XILOCAINA S/A 2% ml	
DOLANTINA amp		XILO-CRI	
DOPAMBIA		hambupivacilina isobutirato	CA
DORMONID 15 mg/amp	CA	Dexmedetomidina	CA
DOBUTREX amp			
EFORTIL amp			
ERGOTRATE 0,2 mg/amp			
ESMOLON		SORO	QTE
FLAGYL 500 mg		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	CA
FENTANIL amp		SORO GLUCOSADO 0,5% 500 ml	
GLUCONATO DE CÁLCIO		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	
FORANE		SORO GLUCO-FISIOLÓGICO 500 ml	
HYDROCORTISONA 500 mg		SORO RINGER LACTATO 500 ml	
HALOTHANE		SOL MANITOL 20% 250 ml	
HEPARINA		FRUTOSE	
HYPNOMIDATE 2 mg/ml		VOLUVEN	
INOVAL amp			
IPSON 1g			
KETATOL 11/amp	CA	SANGUE / HEMODERIVADOS	QTE
KETILIN amp		PLASMA	
KETALAR ml		SANGUE	
LANEXAT amp		SAPA DE HEMÁCIAS	
LASIX amp		ALBUMINA	
MARCAINA C/A 0,5 H amp			
MARCAINA PESADA amp			
MARCAINA S/A 0,5% amp			
MILTHERGIN amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	QTE
NILPERIDOL amp		CATETER VENOSO	
NIMBILUM 10 mg		EXTENSOR	CA
NAUSEGON 8 mg	CA	EQUIPO DE SORO	CA
NARCAN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	
NARDON amp		SONDA TRAQUEAL	
NIPRODE amp		AGULHA P/ PERIDURAL	
NORADRENALINA		SONDA NASOGÁSTRICA	
NORCLIRON		AGULHA P/ RAQUE	CA
NUBAN amp		TORNEIRA TRÊS VIAS	CA
OMEPRAZOL 400 mg TR		EQUIPO DE BOMBA	
ORASTINA amp 5 L/ml		EQUIPO DE BOMBA FOTO	
PANULON amp		AGULHA STIMOPLEX	
PLAMET amp			
PLASIL amp			
PROFOND IV	CA		
PROSTIGMINE amp 100 mg			
QUILLIGIN 100 mg/ed			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesiologista - CRM

Justificativa Médica

Barbara Duarte Ferraz
Médica
CREMEC - 15.342

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 14:56

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: 220/2	
Profissional(is): MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO, MÉDICO, CRM 10780 [1]	Nº: 51908108	05/03/2020	às 14:52
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S821		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S821		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	05/03/2020		[1]
Hora Da Cirurgia	14:52		[1]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA PLATÔ TIBIAL		[1]
Cirurgião	MARCIO CASTELO		[1]
1º Auxiliar	ANDRE ALCANTARA		[1]
Descrição Cirúrgica	DDH RETIRADA FIXADOR EXTERNO ASSEPSIA + ANTISSEPSIA APOSIÇÃO CAMPOS ACESSO POSTERIOR DESRIDAMENTO FOCO FRATURA OSTEOTOMIA ENXERTO OSSEO REDUÇÃO FRATURA FIXAÇÃO PLACA E PARAFUSOS LAVAGEM COM SF SUTURA CURATIVO		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30727162 30727138 30732026 30710057		[1]

Dr. André Alcântara
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11538 TEOT 14023

Dr. Márcio Castelo Branco
CRM 10780 SBO 12923
Ortopedia / Traumatologia
Especialidade do Trauma Ortopédico



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

PACIENTE WASHINGTON LUIS MOURA CÓDIGO

DATA INTERNAÇÃO

1 - PRORROGAÇÃO
DI SOLIC ☐ Nº DIAS SOLIC. SUPR ☐ UTI ☐ APTO ☐ ENF. ☐

2 - MEDICAMENTOS ALTO CUSTO ☐ - ESPECIFICAR

3 - MATERIAL ALTO CUSTO ☐ - ESPECIFICAR

Grandes Fragmentos. Placa em T 04 Furos — 01

Parafuso Cortical. N° 48 — 01

11 N° 54 — 02

11 N° 46 — 02

JUSTIFICATIVA

Fratura platis tibial

Dr. Marcos Castelo Branco
CRM 14850-56QT 12923
Ortopedia / Traumatologia
Especialista em Trauma Ortopédico

MÉDICO SOLICITANTE
CARIMBO/ASSINATURA

AValiação DO MÉDICO VISITADOR

MÉDICO VISITADOR (ASSINAR/Carimbo)

DATA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 13:56

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 220/2	
Profissional(is): JONAS MARTINS GONCALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1265235 [1]			
JONAS MARTINS GONCALVES COREN 1265235 [2]			
Nº: 51904544 05/03/2020 às 13:50			

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	05/03/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	12:35	[1]
Cirurgia	FRATURA DE JOELHO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	CC	[1]
Identidade Do Paciente	SIM	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM	[1]
Cheragem Completa Dos Equipamentos	SIM	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Não	[1]
Cheragem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM	[1]

Geize Saldanha
Enfermeira
COREN 499.144

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 13:56

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	DT. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 220/2	

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 Acondicionada Corretamente	Não.	[2]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[2]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	DORSAL	[2]



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
PACIENTE WASHINGTON LUIS MOURA CODIGO 5
DATA INTERNAÇÃO

1. PRORROGAÇÃO

DT SOLIC

N.º DIAS SOLICITADOS

JUN

AMTO

JUN

AMTO

2. MEDICAMENTOS ALTO CUSTO - ESPECIFICAR

3. MATERIAL ALTO CUSTO

ESPECIFICAR

Grandes Fragmentos. Placa ch T 04 Tornos — 01Parafuso Cortical. N.º 48 — 0111 N.º 54 — 0211 N.º 46 — 02

JUSTIFICATIVA

Em cura plav + b.c.

Dr. Antonio Castelo Branco
CRM 078058 SBO 12423
Ortopedia / Trauma Ortopédico
Unidade de Trauma Ortopédico

MEDICO SOLICITANTE
CARIMBO/ASSINATURA

AVALIAÇÃO DO MEDICO VISITADOR

MEDICO VISITADOR (ASSINAR/ CARIMBO)

DATA



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO (05/03/2020)

Paciente: **WASHINGTON LUIS MOURA**

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

Assinatura do enfermeiro _____

Luana V. Campos
Enfermeira

Assinatura do enfermeiro Líder _____

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc: 01/08/1977	Atendimento: 65987996
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26043604	06/03/2020 às 06:00
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA	Leito: 220/2	Prontuário: 17530602
		Peso: 75.00 kg
1. DIETA: GERAL-ADULTO PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-10780
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D22)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV 22
Agua Destilada	10 ml	CRM-10780
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV 20
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	CRM-10780
5. DIFIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV 20
Agua Destilada	18 ml	CRM-10780
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV SN
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	CRM-10780
Alta vigilância		
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV 22
Agua Destilada	18 ml	CRM-10780
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	SN	CRM-10780
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA		CRM-10780
10. PUNCAO C/ JELCO	SN	CRM-10780
11. SINAIS VITAIS		CRM-10780
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		CRM-10780
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN	CRM-10780
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO		CRM-10780
15. COMPRESSÃO COM ETER	SN	CRM-10780

Profissionais: CRM-10780

MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO

Dr. Márcio Castelo Branco
CRM 10780 SBOT 12923
Ortopedia / Traumatologia
Clínica do Trauma Ortopédico

Dr. Renato Luiz Pontes
Enfermeiro
COREN-CE 144.896

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

4014.2

Página 1 de 3

Emissão 05/03/2020 18:03

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65987996

Prontuário: 17530602

Convenio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 0026043557

05/03/2020 às 14:50

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA

Leito: 220/2

Peso: 75.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

Prescritor: CRM-10780

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min Acesso Periférico

20:00 :

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500ml

Prescritor: CRM-10780

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR)

8/8h

EV

22:00

: 06/03-06:00

ID1/2)

Água Destilada

10ml

Prescritor: CRM-10780

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)

100mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG)

8/8h

EV

20:00

: 06/03-04:00

Soro Fisiológico 0,9%

100ml

Prescritor: CRM-10780

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

1000mg

2 ML

(AMPL C/ 500MG)

6/6h

EV

22:00

: 06/03-04:00

Água Destilada

18ml

Prescritor: CRM-10780

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

100mg

2 ML

(AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

SN

Soro Fisiológico 0,9%

100ml

Alta vigilância

Prescritor: CRM-10780

7. PLAMET (5.00mg/ml)

10mg

2 ML

(AMPL C/ 10MG)

8/8h

EV

22:00

: 06/03-06:00

Água Destilada

18ml

Prescritor: CRM-10780

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

Prescritor: CRM-10780

9. CURATIVO MÉDIO-SF-GAZÊ

Prescritor: CRM-10780

Renata do Nascimento
Enfermeira
COREN-CE 13854

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 05/03/2020 18:03

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0026043557	05/03/2020 às 14:50	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	Leito: 220/2	Peso: 75.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS
10. PUNÇÃO C/ JELCO Prescritor: CRM-10780	SN 18:00 ;
11. SINAIS VITAIS Prescritor CRM-10780	
12. GELO 15 MINUTOS'A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-10780	
13. RETIRADA DE DRENO DE Prescritor CRM-10780	SN
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE Prescritor CRM-10780	18:00 ;
15. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-10780	SN

Profissionais: CRM-10780

MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO

Reservado para o SIND
ENTEROFIX
Ass.

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

Dr. Aron Pinheiro
CRM-10780

Dr. Renata do Nascimento
Enfermeira
CRM-CE 454.496

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 05/03/2020 18:03

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dr. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0026043557	05/03/2020 às 14:50	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA	Leito: 2202	Peso: 75.00 kg	

Dr. Auro Pol. Br.
CROD 16

Dr. Auro Pol. Br.
CROD 16

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 85987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26039689	05/03/2020 às 10:59	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 220/2	Enfermeiro(a):	LUANA VIEIRA CAMPOS
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Luana Vieira Campos
Enfermeira

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26039695	05/03/2020 às 11:01	
Posto: RFA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 220/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: LUANA VIEIRA CAMPOS (COREN 399733)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
Pressão Arterial	00:00 06:00 12:00 18:00		
Sinais Vitais- Temperatura	00:00 06:00 12:00 18:00		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Luana Vieira Campos
ANEXOS

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 10:59

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 220/2	
Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]	Nº: 51894869	05/03/2020	às 10:57

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	CLIENTE W.L.M., 42A. PRÉ-OP DE TÍBIA DIREITA. EVOLUI HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, COOPERATIVO E VERBALIZANDO SUAS NHB'S. INTERNADO HOJE AS 10:43, COMUNICADO PARA EQUIPE CC E TRAUMATOLOGISTA. EUPNEICO EM AA. MANTENHO CVP PERVIO P/ HV E MCPM. AOS CUIDADOS DA EQUIPE E AGUARDA REALIZAR CIRURGIA.	[1]
------------------------	--	-----

ALIAÇÃO DE RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
--------------------------	-----	-----


LUANA VIEIRA CAMPOS
ENFERMEIRO(A)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 18:43

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuario: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4014/2	
Profissional(is): MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES, ENFERMEIRO(A), COREN 454496 [1]	Nº: 57920260	05/03/2020	às 18:34

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

PACIENTE: W.L.M. 42 ANOS. SEXO MASCULINO. ADMITIDO NESTA UNIDADE PROVENIENTE DA SRPA COM HD. POR CIRURGIA DE FRATURA DE JOELHO DIREITO, REALIZADA PELO DR MARCIO CASTELO.

[1]

 EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, E EM REPOUSO NO LEITO.
 EUPNEICO EM AA, E COM SSVV ESTAVEIS.
 DIETA POR VO, LIBERADA.
 AVP EM MSE PÉRVIO, E FUNCIONANTE. ATB KEFAZOL.
 TORAX SIMETRICO.
 ABDOMEN FLÁCIDO.
 MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE.
 AGUARDA DIURESE ESPONTANEA.
 SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPL.

AValiação de RISCO
Flebite

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

DISPOSITIVOS
Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

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

Dr. WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc. 01/08/1977

Atendimento: 6598/998

Cl. Atendimento: HAPVIDA

Nº Prescrição: 26043604

06/03/2020 às 06:00

Prevenção: 17530602

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 40142

Peso: 75.00 kg

1. DIETA	GERAL-ADULTO: PARA A IDADE	33h	ORAL		CRM-8260
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total	500 ml	7.00 g/min	CRM-8260
	SORO FISIOLÓGICO 0.9%	20.83 mL	500 ml		
3. CEFADIXINA SODICA (1.00g)	Água Destilada	1g	1FRAP (FRAP C/1GR)	88h	CRM-8260
		10 ml			
4. CETOPIROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0.9%	100mg	1FRAP (FRAP C/100MG)	88h	CRM-8260
		100 ml			
5. DIFIRONA AMP (500.00mg)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMP C/500MG)	65h	CRM-8260
		18 ml			
6. TRAMADOL (50.00mg)	Soro Fisiológico 0.9%	100mg	2ML (AMP C/100MG)	88h	CRM-8260
		100 ml			
7. PLAMEL (5.00mg)	Água Destilada	10mg	2ML (AMP C/10MG)	88h	CRM-8260
		18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					CRM-8260
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOLCHOADA					CRM-8260
10. PUNÇÃO C. JELCO					CRM-8260
11. SINAIS VITAIS					CRM-8260
12. GEL 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					CRM-8260
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					CRM-8260
14. CURATIVO COM ALADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					CRM-8260
15. COMPRESSÃO COM ETER					CRM-8260
16. Abs em 06/03/2020	ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO				
Ata dada por:	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA				
Profissionais:	CRM-8260				
	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA				

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
CRM-8260
06/03/2020 08:38

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

IP: 192.168.4.101

06/03/2020 08:38

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pág. de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

06/03/2020 11:02

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	DT. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4014/2	

Profissional(is): CRISTIANE FURTADO BRAGA, ENFERMEIRO(A), COREN 554741 [1]	Nº: 51951940	06/03/2020	às 11:00
--	--------------	------------	----------

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	9:30 - MT		[1]
PACIENTE, W.L.M. 42 ANOS, SEXO MASCULINO HD: POI - CIRURGIA DE FRATURA DE JOELHO DIREITO, REALIZADA PELO DR MARCIO CASTELO. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, E EM REPOUSO NO LEITO. EUPNICO EM AA, E COM SSVV ESTAVEIS. DIETA POR VO, LIBERADA. AVP EM MSE PERVO, E FUNCIONANTE. ATB KEFAZOL. TORAX SIMETRICO. ABDOMEN FLACIDO. MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. AGUARDA DIURESE ESPONTANEA. SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.			
AVALIAÇÃO DE RISCO			
Flebite	Sim		[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim		[1]
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim		[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 14:57

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 65987996

Prontuário: 17530602

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 220/2

Profissional(is): MARCIO CARVALHO CASTELO-BRANCO, MÉDICO, CRM 10780 [1]

Nº: 51908410 05/03/2020 às 14:56

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA PLATÔ TIBIAL

[1]

CID 10

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

[1]

Dr. Márcio Castelo Branco
CRM 10780 SBOT/12923
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião de Trauma Ortopédico

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

06/03/2020 08:37

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987995	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4014/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1]		Nº: 51943071	06/03/2020 às 08:36

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO		
Evolução Do Paciente	1 PÓS OP DE TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA PLATO TIBIAL EVOLUI ESTÁVEL SEM QUEIXAS ALT AS 14H COM ATB, ANALGESICO ANTI TROMBOTICO E AINES	[1]
CID 10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]

Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

Paciente: Washington Luis Moura

Passagem: 42 anos Leitor: 42 anos

Prontuário: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

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

URGÊNCIA / PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
<u>Clínica</u>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras ☐ Negativo ☐ Valvulopatia ☐ Arritmia ☐ Angiodisplasia ☐ DVP ☐ AAA	Câncer ☐ Quimioterapia ☐ Outras ☐ Negativo ☐ Radioterapia	Exame Físico Cardíaco _____ Resp. _____ Neuro _____ Regional _____ Outro _____												
Respiratório ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras ☐ Negativo ☐ Asma ☐ Tuberculose ☐ DPOC	Gravidez ☐ Idade gestacional _____ semanas ☐ Negativo Crianças abaixo de 1 ano ☐ Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo ☐ Idade gestacional _____ semanas ☐ Idade pós-conceitual _____ semanas ☐ (idade gest. - idade atual)	Laboratório <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Na</td> </tr> <tr> <td>15.6</td> <td>40.0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr> <td></td> <td>285.000</td> <td></td> </tr> </table>	Hb	Ht	Na	15.6	40.0		K	Plaquetas	Glicose		285.000	
Hb	Ht	Na												
15.6	40.0													
K	Plaquetas	Glicose												
	285.000													
Gastrointestinal/hepático ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/ diarreia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obst. intestinal ☐ Outras ☐ Negativo ☐ Gastrite ☐ Hepatite ☐ Ictericia ☐ Cirrose	Hábitos Sociais ☐ Tabaco ☐ Alcool ☐ Outras ☐ Negativo ☐ Cigarros/dia ☐ Drogas	Medicação (verificar se tem na data da cirurgia) <u>BP 83.5</u> <u>PIU 7.08</u>												
Neurológico ☐ Convulsões ☐ Dormência/ fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras ☐ Negativo ☐ AVC ☐ Cefaleia ☐ PIC	Alergias ☐ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tipo/Agente	Reação									Via aérea História de via aérea difícil ☐ Sim ☒ Não Maliampati ☐ I ☐ II ☒ III ☐ IV Distância esterno/mento <u>7.2</u> cm Dentição/Prognatismo _____ Outros Hemorragias ☒ Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob		
Tipo/Agente	Reação													
Renal ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras ☐ Negativo ☐ Diálise	Cirurgia/anestesia prévia ☐ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> <tr> <td><u>Clínica</u></td> <td><u>Clínica</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Clínica</u></td> <td><u>Clínica</u></td> <td></td> </tr> </table>	Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	<u>Clínica</u>	<u>Clínica</u>		<u>Clínica</u>	<u>Clínica</u>		Avaliação ASA ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V Emergência ☐ Sim ☒ Não Planejamento Anestésico <u>Rapido + seguro</u>			
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes												
<u>Clínica</u>	<u>Clínica</u>													
<u>Clínica</u>	<u>Clínica</u>													
Hematológico ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Outras ☐ Negativo ☐ Coagulopatia ☐ Anemia	Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☐ Sim ☒ Não Histórico familiar - problemas com anestesia ☐ Sim ☒ Não													
Músculo-esquelético ☐ Dor lombar ☐ Musculodistrofia ☐ Outras ☐ Negativo ☐ Artrite														
Endócrino ☐ Diabetes tipo _____ ☐ Patologia da tireóide ☐ Outras ☐ Negativo														

Comentários sobre os achados	

Barbosa Duarte Ferraz
CRM-15.512





Faz bem pra você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente): Washington Luis Moura

CPF: 77145160382 Data de Nasc.: 18/08/77

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 anestesiológico abaixo identificado, ou qualquer outro membro da sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Ruínas e redução ou

e seguinte alternativa anestésica _____

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 anestesiológico. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

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 anestesiológico 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, 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.

05 de 03 de 20 20

Flora: _____

Nome legível: X Washington Luis Moura

Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

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.

Batista Duarte Ferreira
Médico
CRM - 15.542

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**



Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Data de Internação:

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

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

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

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

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

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Washington Luiz Moura RG: _____

Data de Nascimento: 01/08/77 Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, 05 de março de 20 20

x Wagner
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

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

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

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura/Carimbo do Médico

Dr. Márcio Coetane B. Silva
12923
Ortopedia
Cirurgia do Aparelho Locomotor

Nome completo: **WASHINGTON LUIS MOURA**

Data de nascimento: **11/11/1980**

Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: **05/03/2020** Hora: _____ Unidade de origem: **EMG**
 Responsável pelo transporte: ☒ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: **TRAUMA**
 Diagnóstico(s): **PRÉ-OP DE FRAT. TÍBIA DIREITA**
 Sinais Vitais: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm T: _____ °C
 SpO2: _____ % Escore de dor: _____
 Medicamentos em uso: _____
 Riscos gerenciados: ☐ Não se aplica ☒ Flebite ☐ TEV ☐ LPP ☐ Queda ☐ Outros: _____
 Protocolos gerenciados: ☐ Não se aplica ☐ Sepsis ☐ Dor torácica ☐ Outros: _____
 Suporte de oxigênio: ☒ Não ☐ Sim ☐ Cateter l/min ☐ Nebulização l/min ☐ Ventilação mecânica
 Acessos vasculares: ☐ Não ☐ Sim ☐ CVC ☒ CVP ☐ PICC ☐ Port a cath ☐ Outros: _____
 Sondas, drenos, ostomias: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
 Outros dispositivos: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
 Lesão de pele: ☒ Não ☐ Sim Local: _____ Estágio: _____
 Curativos: ☒ Não ☐ Sim Qual produto?: _____
 Precaução: ☒ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Aerossóis ☐ Gotículas
 Monitorização: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
 Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso
 Locomoção: ☒ Deambula sem auxílio ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado
 Transporte utilizado: ☐ Cadeira de rodas ☒ Maca ☐ Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: ☒ Não ☐ Sim ☐ HAS ☐ DM ☐ AVC ☐ DPOC ☐ Outros: _____
 Alergias: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
 Procedimentos realizados: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____ Data: ____/____/____
 Valores, crenças, barreiras: ☐ Não ☐ Sim Qual?: _____

AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências

☐ Não ☒ Sim Qual(is)?: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

Foi realizado o exame: ☐ Não ☐ Sim
 Paciente apresentou intercorrência durante o exame: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____
 Conduta imediata: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____
 Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? ☐ Não ☐ Sim

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

Nome do paciente: <u>Washington Luis Mena</u>	Data de Nascimento:
Nº do prontuário:	Data de admissão:
Leito: <u>0015</u>	Data da realização da escala: <u>05/03/2020</u>

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História de queda anterior	1	Não	0
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	0
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	0
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alerta e calmo	0
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	0
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/ equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	0
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
G	Alterações nas eliminações	3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	0
		4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	
		1	Não	
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				0

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	Histoplasmosse
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corpórea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX: hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

 ANTONIO PRUDENTE	AValiação DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10.09.2018- V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Washington Luis maura DATA DO NASCIMENTO: 1/1/
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Brng. DATA DA ADMISSÃO/AValiaÇÃO: 05/03/2020

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

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

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()
------------	---------------	-------------------	----------------

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.

Luana Pereira
 ENFERMEIRA

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Washington Luis Moura
Data de nascimento	01.08.1977
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Soraia Araújo (Sobrinha)
Procedimento a ser realizado	3x. Tibial (Direita)

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?		+	Desde às 23:00 h de ontem
Possui alergia a medicação?		+	
Faz uso de alguma medicação?		+	
Faz uso de anticoagulante?		+	
Problemas cardíacos?		+	
Tem diabetes?		+	Pre. diabético
Hipertensão Arterial?		+	
Adornos/proteses		+	
Cirurgias anteriores	+		cirurgia maxilar
Identificação com pulseira			

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

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

4. SSVV:

PA	132 x 82
T	36°
FC	82
FR	19

REGISTRO DE MONITORAMENTO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nome completo: Washington Luis Moura

Data de nascimento: 01/08/1977

FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data: 05/03/20 Horário: 15:10 Cirurgia Realizada: Exatoma de Joelho D Tipo de anestesia: Região + Sedação
 Hora da admissão na P.A.: 15:10 Anestesia: Barbiana Cirurgião: Francisco Castelo

CONTROLES

PERÍODO	HORA	TEMP	FC	FR	PA	SpO ₂	DOR/SCORE	ELEGÍVEL PARA PU/REPI/BA LÓQUIOS RUBRO
a cada 15 min	15:10	34,1	72	20	96/56	99	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	15:25	34,5	80	20	98/56	99	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	15:40	35,6	80	18	100/52	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	15:55	35,1	76	20	100/52	100	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	16:25	36,2	90	18	100/60	99	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	16:55	36,1	94	18	102/66	99	0	() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora	17:55							() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
Glicemia Capilar								() Fisiológicos () Aumentados

Técnico de Enfermagem (Assinatura e carimbo): Marciana Lopes Enfermeiro (Assinatura e carimbo):
CRITÉRIOS AVALIADOS PELO ÍNDICE DE STEWARD (0 A 12 ANOS)

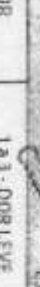
Índice de avaliação	Condição	Score
Consciência	Acordado	2
	Responde a estímulos	1
	Não responde	0
Vias aéreas	Tosse ao comando verbal ou choro	2
	Mantém boa via aérea	1
	Requer assistência da via aérea	0
Movimentação	Movimento intencional dos membros	2
	Movimentos não intencionais	1
	Sem movimentação	0

Médico (Assinatura e carimbo):

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1
	Apnéia	0
Circulação	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	2
	Pressão arterial em 20% a 49% do nível pré-anestésico	1
	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Leitado, orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação	Capaz de manter saturação de O ₂ > 92% respirando ar	2
	Necessita de O ₂ suplementar para manter a saturação de O ₂ > 90%	1
	Saturação O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0

Médico (Assinatura e carimbo): Francisco Castelo

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA				Horário: 17:20
 Dr. Med. J. A. Costa				
ESCALA DE DOR				
0 - SEM DOR	1 a 3 - DOR LÉVE	4 a 6 - DOR MODERADA	7 a 10 - DOR INTENSA	

Resumo: ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA
 Hora: 17:20

Nome completo: Vitor Hugo Lustosa Data de nascimento: 01/08/77 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 05/03/20 Hora: 15:10 Unidade de origem: R. P. A. Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Alta Anestésica
Diagnóstico(s): Antroposcopia de esôfago
Sinais Vitais: PA: 100/50 mmHg FC: 77 bpm FR: 20 rpm T: 35,1 °C
SpO₂: 98 Escala de dor: 0
Medicamentos em uso: _____
Riscos gerenciados: ☐ Não se aplica ☒ Flebite ☐ JTEV ☐ JLP ☒ Queda ☐ Outros: _____
Protocolos gerenciados: ☒ Não se aplica ☐ Sepse ☐ Dor torácica ☐ Outros: _____
Suporte de oxigênio: ☒ Não ☐ Sim ☐ Cateter l/min ☐ Nebulização l/min ☐ Ventilação mecânica
Acessos vasculares: ☐ Não ☐ Sim ☐ CVC ☒ PICC ☐ Port a cath ☐ Outros: _____
Sondas, drenos, ostomias: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
Outros dispositivos: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
Lesão de pele: ☒ Não ☐ Sim Local: _____ Estágio: _____
Curativos: ☐ Não ☒ Sim Qual produto?: _____
Precaução: ☒ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Aerossóis ☐ Gotículas
Monitoração: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso
Locomoção: ☒ Deambula sem auxílio ☐ Deambula com auxílio ☐ Aramado
Transporte utilizado: ☐adeira de rodas ☒ Maca ☐ Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: ☒ Não ☐ Sim ☐ HAS ☐ DM ☐ JAVC ☐ DJPOC ☐ Outros: _____
Alergias: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
Procedimentos realizados: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
Valores, crenças, barreiras: ☒ Não ☐ Sim Qual?: _____
Data: ____/____/____

AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

S. I.

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências

☒ Não ☐ Sim Qual(is)?: _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

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

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 10:35

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 65974634 Prontuário: 17530602
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/5

Profissional(is): LUIANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 (1) Nº: 51892996 05/03/2020 às 10:30

PACIENTE

Data De Admissão 05/03/2020 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia EMERGÊNCIA. [1]

Data Da Cirurgia 05/03/2020 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto PRE-OP DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista NÃO. [1]

Etilista Não. [1]

Cirurgias Anteriores Não. [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados Não. [1]

Reserva de Hemoderivados [1]

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

Exames E Procedimentos Sangue. [1]

PRÉ-OPERATÓRIO / METABÓLICO

jejum Sim. [1]

ABDOMEN

Ruídos Hidroaéreos (RHA) Presentes. [1]

ELIMINAÇÕES

Urinárias Presente. [1]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso Não. [1]

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir Não. [1]

Compreender Não. [1]

Memorizar Não. [1]

Falar Não. [1]


 Luana Vieira Campos
 Enfermeiro(a)
 COREN 399733

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 10:36

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65974634	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]	Nº: 51893411	05/03/2020	às 10:36

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	05/03/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRE-OP DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

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



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 13:56

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: 220/2	
Profissional(is): JONAS MARTINS GONCALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1265235 [1] JONAS MARTINS GONCALVES COREN 1265235 [2]	Nº: 51904544	05/03/2020	às 13:50

DADOS DA ADMISSÃO			
Data Da Cirurgia	05/03/2020		[1]
Hora Da Cirurgia	12:35		[1]
Cirurgia	FRATURA DE JOELHO		[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC			
Sector De Admissão Do Paciente	CC		[1]
Identidade Do Paciente	SIM.		[1]
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
Identificação Do Paciente	SIM.		[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.		[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.		[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.		[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.		[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	SIM.		[1]
Via Aérea Difícil	Não.		[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.		[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.		[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.		[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.		[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.		[1]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.		[1]
Lateralidade Do Procedimento	DIREITA.		[1]
Paciente Certo	SIM.		[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.		[1]
Procedimento	SIM.		[1]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS			
Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.		[1]
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.		[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Não.		[1]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.		[1]

Geyze Salgado
Enfermeira
COREN-CE 453.144

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 13:56

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 220/2	
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.		[2]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.		[2]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.		[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.		[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento			
Especificar	DORSAL		[2]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 14:50

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 220/2	

Profissional(is): JONAS MARTINS GONCALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1265235 [1] JONAS MARTINS GONCALVES COREN 1265235 [2]	Nº: 51904894 05/03/2020 às 13:57
--	----------------------------------

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	ENF GEYZE	[1]
Hora	12:35	[1]
Sala	05	[1]
Condições Da Pele ao Início da cirurgia	INTEGRA	[1]
Início Da Anestesia	12:40	[1]
Término Da Anestesia	15:00	[2]
Início Da Cirurgia	13:20	[1]
Término Da Cirurgia	14:55	[2]
Instrumentador	BERG(PARTICULA)	[1]
Circulante	KARLA E JONAS	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	DIREITO	[1]
Numero Inicial De Compressas	20 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	40 UD	[1]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
PVPI Degermante	Sim	[2]
Clorexedine Degermante	Sim	[2]
Tipo	Elétrico.	[2]
Número De Série	05090	[2]
Colchão Térmico	Não utilizou.	[2]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	SUTURADA+CURATIVO	[2]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[2]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[2]

Geyze Saldanha
Enfermeira
COREN-CE: 499.144

SINAIS VITAIS

T	35 °C	[2]
Pulso	75 bpm	[2]
PA	75X56	[2]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2	100 %	[2]
--------	-------	-----

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/03/2020 14:50

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 65987996	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 220/2	

Data	05/03/2020	[2]
Hora	14:05	[2]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	ÀS 12:35 PCT. W.L.M.42 ANOS, MASCULINO. FOI ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO PARA SUBMETER-SE A UMA CIRURGIA DE FRATUTA DE JOELHO(LADO DIREITO) REALIZADA PELO DR. MARCIO CASTELO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, NORMOCORADO. FOI SUBMETIDO A UMA ANESTESIA SEDAÇÃO E RAQUE PELO DRA. BARBARA. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. SERÁ ENCAMINHADO PARA SRPA COM AVP EM MSD, PULSEIRA EM MSD, CURATIVO LIMPO NO LOCAL CIRURGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
Intercorrências	SEM	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	JOELHO DIREITO	[2]
Placa De Bisturi	TORAX	[2]
Punções Venosas	MSD	[2]
PÓS-OPERATÓRIO		



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
66166685



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

10/07/2020 16:12:44

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3733433	ROSANGELA DE OLIVEIRA SANTOS	F	10/05/1974	46

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90002036199 SSP CE	49144472315		6-OUTROS

Endereço

R ADEL NG MAIA, 184 - MESSEJANA, FORTALEZA(CE) CEP 60870610

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
276-1025	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
13750000030004029		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
12/03/2020	08:42		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
3286606 LUIZ CAIO BENEVIDES ALVES			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:09

Paciente: ROSANGELA DE OLIVEIRA SANTOS	Dt. Nasc.: 10/05/1974	Atendimento: 66166686	Prontuário: 3733433
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO - HA	Leito: 133209/1	
Profissional(is): ALINE PEREIRA DE MORAIS COREN 1179330 [1]	Nº: 52270359	12/03/2020	às 09:03

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Seguiu sob cuidados de enfermagem	Sim	[1]
--	-----	-----

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	SORO FISIOLÓGICO 0,9% TUBO #####ML. EV JUSTIFICADO AS 09:03, EM 12/03/2020 POR ALINE PEREIRA DE MORAIS, COREN/CE 1179330. MOTIVO: OK	[1]
	APLIC.MEDIC EV C/ EQUIPO DE BOMBA/SCALP/SORO 1 REALIZADO AS 09:03, EM 12/03/2020 POR ALINE PEREIRA DE MORAIS, COREN/CE 1179330.	

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[1]
Queda Adulto (Morse)	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[1]
Flebite	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:09

Paciente: ROSANGELA DE OLIVEIRA SANTOS	Dt. Nasc.: 10/05/1974	Atendimento: 66166685	Prontuário: 3733433
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO - HA	Leito: 133209/1	
Profissional(is): LUIZ CAIO BENEVIDES ALVES CRM 17598 [1]	Nº: 52269298	12/03/2020	às 08:44

ANAMNESE

Queixa Principal	paciente comparece assintomatica para realização de medicação ev	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	S0 ADMINISTRATIVO GERAL	[1]
CID10	Z02 EXAME MEDICO E CONSULTA COM FINALIDADES ADMINISTRATIVAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	Z02 EXAME MEDICO E CONSULTA COM FINALIDADES ADMINISTRATIVAS	[1]
CID10	Z02 EXAME MEDICO E CONSULTA COM FINALIDADES ADMINISTRATIVAS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo:
H079: [Administrativo Geral] v7

Passos Executados:

1) Auxílio Conduta: Seleção do protocolo
Criado por: LUIZ CAIO BENEVIDES ALVES
Executado por: LUIZ CAIO BENEVIDES ALVES
Data de criação: 12/03/2020 11:44
Data de execução: 12/03/2020 11:45
Última modificação: 12/03/2020 11:45
Executado: True
Re-executado: Não

2) Tratamento: Aplicar Medicação
Criado por: LUIZ CAIO BENEVIDES ALVES
Executado por: LUIZ CAIO BENEVIDES ALVES
Data de criação: 12/03/2020 11:45
Data de execução: 12/03/2020 11:45
Última modificação: 12/03/2020 11:45
Executado: True
Re-executado: Não



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
67071213



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

10/07/2020 16:13:12

Prontuario	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17530602	WASHINGTON LUIS MOURA	M	01/08/1977	42
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
94010033848 SSP CE	77145160382		1-CASADO	

Endereço

R RIO PARAGUAI, 720 - JARDIM IRACEMA, FORTALEZA(CE) CEP 60341270

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
999029263	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade
B2111000132004011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/06/2020	08:16		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
3184358 ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA - (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

1 - Nome do Paciente: **ANS nº 385152** 2 - Data de Nascimento: **46553832** 3 - Data de Emissão do Guia: **46553832**
 4 - Nome do Profissional: **46553832** 5 - Data de Emissão do Guia: **46553832** 6 - Data de Emissão do Guia: **46553832**
 7 - Nome do Profissional: **46553832** 8 - Data de Emissão do Guia: **46553832** 9 - Data de Emissão do Guia: **46553832**

DADOS DO BENEFICIÁRIO

10 - Número da Carteira: **B211000012000011** 11 - Plano de Saúde: **PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CUM ENFERM** 12 - Nome: **WASHINGTON LUIS MOJICA** 13 - Número do Cartão Nacional de Saúde: **2415631**
 14 - Nome do Profissional: **HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR** 15 - Nome do Profissional: **2415631** 16 - Nome do Profissional: **2415631**

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

17 - Nome do Profissional Solicitante: **MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO** 18 - Nome do Profissional: **CRM** 19 - Número do Cartão: **10760** 20 - Nome do Profissional: **CE** 21 - Nome do Profissional: **CE** 22 - Nome do Profissional: **CE** 23 - Nome do Profissional: **CE** 24 - Nome do Profissional: **CE** 25 - Nome do Profissional: **CE** 26 - Nome do Profissional: **CE** 27 - Nome do Profissional: **CE** 28 - Nome do Profissional: **CE** 29 - Nome do Profissional: **CE** 30 - Nome do Profissional: **CE**

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código no Operador/Contratado: **0874940001029** 32 - Nome do Contratado: **HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA** 33 - Nome do Contratado: **CRM** 34 - Nome do Contratado: **CRM** 35 - Nome do Contratado: **CRM** 36 - Nome do Contratado: **CRM** 37 - Nome do Contratado: **CRM** 38 - Nome do Contratado: **CRM** 39 - Nome do Contratado: **CRM** 40 - Nome do Contratado: **CRM** 41 - Nome do Contratado: **CRM**

DADOS DO ATENDIMENTO

42 - Tipo de Atendimento: **01 - Atendimento** 43 - Tipo de Atendimento: **02 - Atendimento** 44 - Tipo de Atendimento: **03 - Atendimento** 45 - Tipo de Atendimento: **04 - Atendimento** 46 - Tipo de Atendimento: **05 - Atendimento** 47 - Tipo de Atendimento: **06 - Atendimento** 48 - Tipo de Atendimento: **07 - Atendimento** 49 - Tipo de Atendimento: **08 - Atendimento** 50 - Tipo de Atendimento: **09 - Atendimento** 51 - Tipo de Atendimento: **10 - Atendimento**

CONSULTA REFERÊNCIA

52 - Tipo de Consulta: **01 - Consulta** 53 - Tipo de Consulta: **02 - Consulta** 54 - Tipo de Consulta: **03 - Consulta** 55 - Tipo de Consulta: **04 - Consulta** 56 - Tipo de Consulta: **05 - Consulta** 57 - Tipo de Consulta: **06 - Consulta** 58 - Tipo de Consulta: **07 - Consulta** 59 - Tipo de Consulta: **08 - Consulta** 60 - Tipo de Consulta: **09 - Consulta** 61 - Tipo de Consulta: **10 - Consulta**

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

62 - Data: **01/01/2020** 63 - Data: **02/01/2020** 64 - Data: **03/01/2020** 65 - Data: **04/01/2020** 66 - Data: **05/01/2020** 67 - Data: **06/01/2020** 68 - Data: **07/01/2020** 69 - Data: **08/01/2020** 70 - Data: **09/01/2020** 71 - Data: **10/01/2020**

63 - Data e Assinatura do Responsável em Nome

72 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **01/01/2020** 73 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **02/01/2020** 74 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **03/01/2020** 75 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **04/01/2020** 76 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **05/01/2020** 77 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **06/01/2020** 78 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **07/01/2020** 79 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **08/01/2020** 80 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **09/01/2020** 81 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **10/01/2020**

64 - Observação

82 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **01/01/2020** 83 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **02/01/2020** 84 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **03/01/2020** 85 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **04/01/2020** 86 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **05/01/2020** 87 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **06/01/2020** 88 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **07/01/2020** 89 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **08/01/2020** 90 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **09/01/2020** 91 - Data e Assinatura do Responsável em Nome: **10/01/2020**

65 - Total Descontos em Nome

92 - Total Descontos em Nome: **01/01/2020** 93 - Total Descontos em Nome: **02/01/2020** 94 - Total Descontos em Nome: **03/01/2020** 95 - Total Descontos em Nome: **04/01/2020** 96 - Total Descontos em Nome: **05/01/2020** 97 - Total Descontos em Nome: **06/01/2020** 98 - Total Descontos em Nome: **07/01/2020** 99 - Total Descontos em Nome: **08/01/2020** 100 - Total Descontos em Nome: **09/01/2020** 101 - Total Descontos em Nome: **10/01/2020**

66 - Data e Assinatura do Responsável

102 - Data e Assinatura do Responsável: **01/01/2020** 103 - Data e Assinatura do Responsável: **02/01/2020** 104 - Data e Assinatura do Responsável: **03/01/2020** 105 - Data e Assinatura do Responsável: **04/01/2020** 106 - Data e Assinatura do Responsável: **05/01/2020** 107 - Data e Assinatura do Responsável: **06/01/2020** 108 - Data e Assinatura do Responsável: **07/01/2020** 109 - Data e Assinatura do Responsável: **08/01/2020** 110 - Data e Assinatura do Responsável: **09/01/2020** 111 - Data e Assinatura do Responsável: **10/01/2020**

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/07/2020 16:10

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 67071213

Prontuário: 17530602

Convenio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11638 [1]

Nº: 55011309 04/06/2020 às 08:18

ANAMNESE

Queixa Principal	RAFI CLAVICULA DIR EM 28/02 - DR WENDEL ALCANTARA	[1]
	RAFI PLATO TIBIAL DIR EM 05/03 - MARCIO CASTELO EM USO DE BRACE RIGIDO	
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]
CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
67159556



10/07/2020 16:13:26

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17530602	WASHINGTON LUIS MOURA	M	01/08/1977	42

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
94010033848 SSP CE	77145160382		1-CASADO

Enderço

R RIO PARAGUAL, 720 - JARDIM IRACEMA, FORTALEZA(CE) CEP 60341270

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
999029263	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
B2111000132004011		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/06/2020	08:38		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente	Clinica
42739586 PAULO HENRIQUE SOUZA DE MELO	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1-10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:11

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 67159556	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): PAULO HENRIQUE SOUZA DE MELO CRM 12215 [1]		Nº: 55231134	11/06/2020 às 08:44

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
------------------	-----	-----

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	11/06/2020	[1]
--------------	------------	-----

Hora Da Alta	08:44	[1]
--------------	-------	-----

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/07/2020 16:11

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 67159556	Prontuário: 17530602
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): PAULO HENRIQUE SOUZA DE MELO CRM 12215 [1]		Nº: 55231097	11/06/2020 às 08:43

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA DA TIBIA ESQUERDA	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



ANTONIO PRUDENTE

P/ Washington Luiz Gomes

PACIENTE INTERNOU DIA

22/02/2020 PELA

MANHÃ NESSE SERVIÇO

PARO TRATAMENTO CIRURGICO

DE URGENCIA POR FROTUM

NECESSITA DE 30 (trinta)

DIAS DE AFASTAMENTO

CID = S82.1

Dr. João Paulo Pinheiro Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Hospital Antônio Prudente, Av. Guanambi, 1827, Bairro de Fátima
TEOF 15634-0000
CREMEC: 15434



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3259-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM: 12051

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via referida da Farmácia ou Drogeria

2ª Via de entrega ao Paciente

CRM 12051 NEIAS A. RIBEIRO
Especialista Traumatologia
TEOT-10034

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Endereço: RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel. 999029263

Prescrição:

USO ORAL

CEFADROXILA 500MG ——— 16 CAPSULAS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS POR 8 DIAS

Data : 22/02/2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM: 8260

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

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

Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Endereço: RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel. 999029263

Prescrição:

FLANCOX 500MG

01 CX COM 10

TOMAR 1 COMP VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS HS DURANTE 05 DIAS

XARELTO 10 MG (08007015589) 01 CX COM 10

TOMAR 01 COM DE MANHÃ POR 10 DIAS

CEFADROXILA 500MG

01 CX COM 14

TOMAR 01 COM DE 12 EM 12 HORAS POR 07 DIAS

Data : 06/03/2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - PATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO, CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM: 12051

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel. 32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

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

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Endereço: RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel. 999029263

Prescrição:

USO ORAL

CEFADROXILA 500MG-----16 CAPSULAS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS POR 8 DIAS

Data : 22/02/2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3263-4001

50055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM: 8260

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

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

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

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Endereço: RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel. 999029263

Prescrição:

FLANCOX 500MG

01 CX COM 10

TOMAR 1 COMP VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS HS DURANTE 05 DIAS

XARELTO 10 MG (08007015589) 01 CX COM 10

TOMAR 01 COM DE MANHÃ POR 10 DIAS

OXYPYNAL 10MG

01 CX COM 14

TOMAR 1 COM VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 07 DIAS

Data : 28/02/2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmaceutico Data: ____/____/____



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM: 8260

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

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

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

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: WASHINGTON LUIS MOURA

Endereço: RIO PARAGUAI 720 JARDIM IRACEMA FORTALEZA CE 60341270 Tel. 999029263

Prescrição:

XYPYNAL 10 MG

01 CX COM 14

USAR 01 COM DE 12 EM 12 HORAS POR 07 DIAS

Data: 06/03/2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) WASHINGTON LUIS MOURA às 08:19, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 26/02/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S821

Código da Doença

26/02/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO

CRM 15434

Dr. João Paulo Pinheiro Araújo
Cirurgião e Traumatologia
CRM 15434 - RCE 10359
CREMEP 15-04

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BJTIA20X7R3K0

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
048.217.413-77 18/06/1990

FILIAÇÃO
FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO ACC CATHAB
AB

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª HABILITAÇÃO
05034566735 06/10/2022 17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR:

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 16/10/2017

Idor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
WASHINGTON LUIS MOURA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE

036936

CTPS

CE

CPF

771.451.603-82

DATA NASCIMENTO

01/08/1977

RELAÇÃO

RAIMUNDA MOURA DE
ARAÚJO

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA

AB

Nº REGISTRO

03672965753

VALIDADE

26/05/2020

1ª HABILITAÇÃO

29/05/2006

SOURCE ATIV REMUNERADA:

Washington Luis Moura

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

19/10/2016

1m Vinf - J. J. J.

SIGNATURA DO CATEGORISTA

06746880084

CE155996061

DETRAN CE (CENRA)

PROCURAÇÃO

Outorgante WASHINGTON LUIS MOURA
Estado Civil CASADO Profissão MOTOQUEIRO
Residente RUA RIO PARAGUAI, 420 Bairro JARDIM IRACEMA
Município FORTALEZA UF CE Nascido 01/08/77 CPF 471.451.603.82
RG 0369.36 emissor Detran Em 19/10/2016

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral, 676- Parque Santa Rosa, Município de fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com. Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a)

Sr.(a) WASHINGTON LUIS MOURA

Ocorrido em 22/02/2020

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e seguradora líder, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de trânsito praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de uma advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras

ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDI.ZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: Boletim de Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

FORTALEZA, 13, DE AGOSTO, DE 2020

x Washington Luis Moura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229967/20

Vítima: WASHINGTON LUIS MOURA

CPF: 771.451.603-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/02/2020

Titular do CPF: WASHINGTON LUIS
MOURA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WASHINGTON LUIS MOURA : 771.451.603-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/08/2020
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200293240 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON LUIS MOURA **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA COMINUTIVA DE PLATO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS-OMBRO // FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS-JOELHO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO E JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO E JOELHO
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3/6/7/8_LAUDO DE EXAME / PÁG. 21/24/118_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WASHINGTON LUIS MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02608-5

CONTA: 000000008966-4

Nr. Autenticação

BRDESCO0309202005000000000023702608000000008966337500 PAGO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. fixo:

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2608 5 CONTA: 8966 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200293240

Vítima: WASHINGTON LUIS MOURA

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WASHINGTON LUIS MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200293240

Vítima: WASHINGTON LUIS MOURA

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), WASHINGTON LUIS MOURA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na Investprev Seguradora S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

