
Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301201

Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

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, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301201

Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico

da coluna vertebral 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: **MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO**

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

Banco: **104**

Agência: **000001469**

Conta: **0000054142-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 09523483341 4 - Nome completo da vítima: MARILÍZOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEODOSIO

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

5 - Nome completo: MARILÍZOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEODOSIO 6 - CPF: 09523483341
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: Rua Humberto Lomen 9 - Número: 2618 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Genitor Lisboa 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60540992
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 085.986703819

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1469 13 CONTA: 00051142 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no 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 resíduo (heranças)? 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 - Imprescindível a assinatura de quem assina a pedido (a rogo) Beneficiário Não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data, FORTALEZA 19-08-20
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) M^{rs} Marilízocíela Mendonça A. Teodosio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



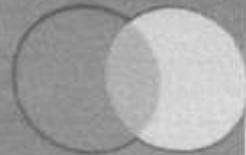
débito

6036

MARIA JOCIELA M AZEVEDO

VALID THRU 10/24

1469 013 00054142-2



mastercard



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1410 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/08/2020 09:10:54**
Data / Hora da Ocorrência: **14/03/2020 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV B(AV. ALANIS MARIA LAURINDO DE OLIVEIRA), CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A ARRENINHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO**
Nascimento: **23/11/1982** CPF: **005.234.833-41**
RG: **2000012066576** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA CLEIDE DE MENDONCA**
JOSE EVERARDO BANDEIRA AZEVEDO
Endereço: **RUA HUMBERTO LOMEU, 2613**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.541-110**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99201-7985**

Nome: **ANTONIO ARNALDO PAZ TEODOZIO**
Nascimento: **03/10/1980** CPF: **932.072.553-53**
RG: **325162197** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **COSMA PAZ TEODOZIO**
JOSE TEODOZIO SOBRINHO
Endereço: **RUA HUMBERTO LOMEU, 2613**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.541-110**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99615-6378**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCK1327** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2NC4310BR278807 Renavam: **368262456** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R** Ano Fabricação:
2011 Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AMARELO**
Proprietário: **MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMAM O DECLARANTE(VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCK-1327-CE E A OUTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEODOZIO); QUE TRAFEGAVA PELA AV. B (AV. ALANIS MARIA LAURINDO DE OLIVEIRA) NA FAIXA DA DIREITA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO E AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADAS; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1410 / 2020

AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, SENDO LEVADAS PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonio Amalido por tecnologia

VISTO DO DELEGADO(A) : Maria
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

→ M^o Joseila mendonça A. Tiodozio

Two large, empty, curved lines, possibly representing a signature or a placeholder.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 09523483341 4 - Nome completo da vítima: MARILY JOCELIA MENDONÇA AZEVEDO TEODOSIO

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

5 - Nome completo: MARILY JOCELIA MENDONÇA AZEVEDO TEODOSIO 6 - CPF: 09523483341
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: Rua Humberto Lomen 9 - Número: 2618 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Genitor Lisboa 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60540992
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 085.986703819

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1469 13 CONTA: 00051142 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no 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 resíduo (heranças)? 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 - Imprescindível o registro da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data, FORTALEZA 19-08-20
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) M^{rs} Jocielia Mendonça A. Teodosio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Maria Jociela Mendonça Azevedo Teodozio** - C.P.F. - **005.234.833-41**, no dia **14/03/2020**, às **18h48min**, na **Avenida B (Avenida Alanis Maria Laurindo de Oliveira)**, no **Bairro Conjunto Ceará**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza do acidente com o paciente em questão do processo N° **P188895/2020**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo n° **P188895/2020**.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Nome, Data & Bairro); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Maria Jociela Mendonça Azevedo Teodozio), Data (14/03/2020) & Bairro (Conjunto Ceará)

Fortaleza, 20 de Julho de 2020.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza



P. 188595/20
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: + M4 PUNTO DE APOIO: Povoação Nº DA OCORRÊNCIA: 070742
 DATA: 11/03/2000 TURNO: MT EQUIPE: UGUBUI (A) / UNUI (A)
 NOME: IRINA ROCHA MONTANARI IDADE: 36 SEXO: F
 ENDEREÇO: Av B 2 ETAPA 650 BAIRRO: Conjunto UEM
 REFERÊNCIA: 10 PAVÃO MONTANARI
 QTY: 18:32 QUS: 18:48 QUY: QUU:

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO
 RESPONSIVO
 NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA
 PRESENTE
 AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
 PRESENTE
 AUSENTE

A Vasos
 PÉRVEAS
 OBSTRUÍDAS

B Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
<input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____

C Circulação

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TRÁQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO

LOCAL: _____

D Neurológico

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input type="checkbox"/> 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1

TOTAL: 16

PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS

E Exposição

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: 74 PA: 90/60 FR: 20 GLUC.: — OXIM.: 95 TEMP.: —

CONSCIENTE, ORIENTADO, VENTILADA, EUPNEICA, VITAL
 LÍQUIDA COMUM LÍQUIDA / MUCOSAS, SEM SINAIS DE TCCO
 P. FUNDAS, PULSO COMUM LÍQUIDA INTERMEDIÁRIA
 MEMBRANAS COMUM
 MUCOSAS ADEQUADAS
 TUBOS SEM PROBLEMAS

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

6127979

6127979

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002



Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vitorino, 190
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

Para agilizá-lo seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 073783538

Rota FOL17U22 - 374200 Referência 07/2020
Nome MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEODOZIO
Endereço RU HUMBERTO LOMEU, 02613 - 02613, GRANJA PORTUGAL,
60541-110, FORTALEZA
Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico Emissão 25/07/2020
Medidor 5078517-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO
8758007724568EEB3060P70095200C2

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias
Anterior 25/06/2020 Atual 25/07/2020 Próxima prevista 25/08/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (KWh)	Consumo Incl. (KWh)	Consumo Fat. (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FP	7,400	7,306	1,00	92	00	92	0,26659	21,06

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CRÉDITO PRÓXIMAS FATURAS	-	9,59
CIP - TILIM PUB PREF MUNIC	-	4,14
PIS COMPL BX RENDA	-	0,06
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,34
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-21,44
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	21,44
PAGAMENTO DUPLICIDADE/NÃO LOC	-	-34,90
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18267	5,48
CONSUMO DE 031 KWH ATE 082 KWH	0,31500	16,38
BONUS ITAIPLI	-	-1,09

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PTS	43,30	0,34	0,14
COFINS	43,30	1,50	0,69

VENCIMENTO 31/07/2020 TOTAL A PAGAR 0,00

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 005.234.833-41
EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 5,07 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES AO CLIENTE
Períodos: Band. Tarif.: Verde : 26/06 - 25/07
Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

Nº do Cliente: 6127979 Referência: 07/2020 V: [1.0.0.14]
Data de Emissão: 25/07/2020 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 10016183073 Nº de Controle: 10016183073

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade desse relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória sua apresentação.
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MARIA SOLANGE MENDONÇA AZEVEDO FERREIRO
Nº DO SINISTRO _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 14,03,20 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 14-03-20
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: CARLOS KALUME ROSE

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

SOBRU FRATURA COLUNA TORÁCICA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

RESUMIDO TR. CIRURGIA FORTISSIM COM
AUTODRUGA 572

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE EXISTENTE? SIM NÃO
CASO POSITIVO, DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1ª	<u>DOR e limitação funcional relacionadas fratura</u>
2ª	<u>fratura coluna torácica</u>
3ª	<u>coluna</u>
4ª	
5ª	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12,08,20 A 14,03,20 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Portale
LOCAL

12,08,20
DATA

D. Carlos Kalume
ASSINATURA E CARIMBO

LOCAL

1/1
DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA



Dr. Claudio Kalume Reis

Ortopedia / Traumatologia

CRM 5498

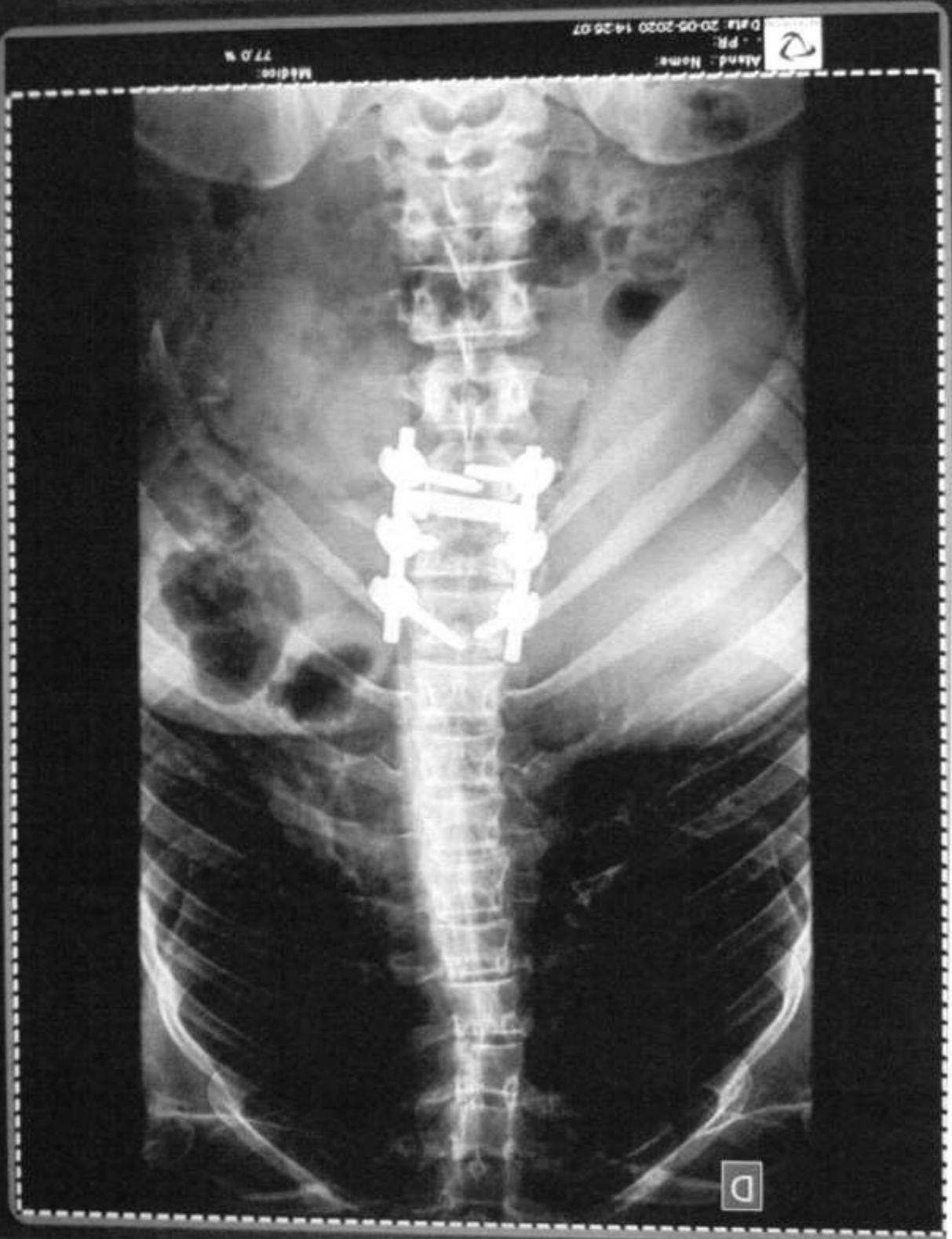
Estado de MORIA

SOBRE A MENTE AQUI
BOYER, SOBRE JUSUM
COLUNA TORACO CERVICAL

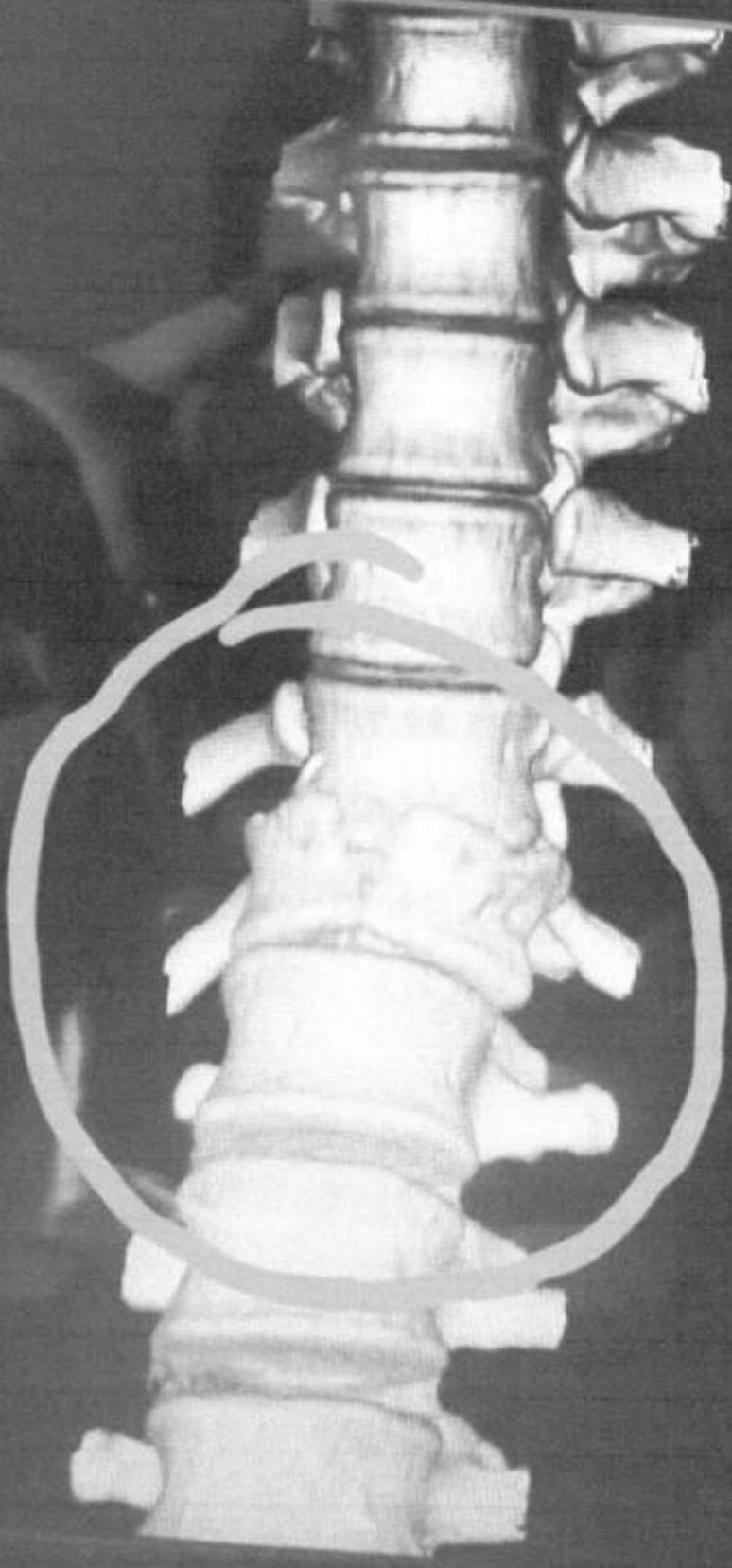
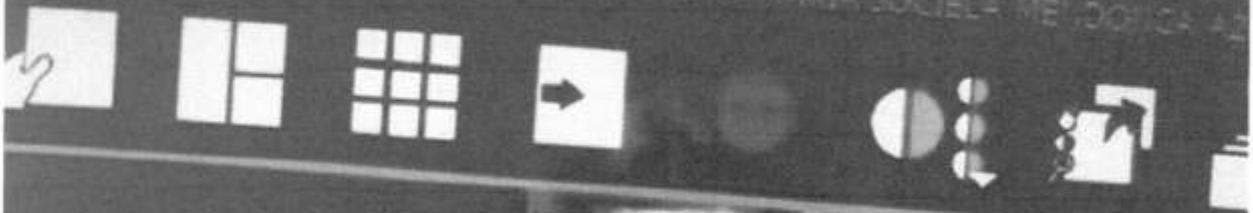
SE QUERER A DE UM
CI ATIVO DE, EM MDA
CERCA PROPOSTA, DE
JA, CANTAR JACUL
CUI: TAB

pro. Jusum

Dr. Claudio Kalume Reis
CRM 5498



CELA MELODICA AZEVEDO TEODOZIO X MARTA JOCIELA MELODICA AZEVEDO







**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
66748702



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

08/06/2020 12:58:20

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8856081	MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO	F	23/11/1982	37

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2000012066576 SSP CE	523483341		1-CASADO

Endereço
R HUMBERT LOMEU,2613 - GRANJA LISBOA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
986062421	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Carteira	Validade
22 HAPVIDA	04131000141011011	
1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	Médico Atendente	Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG	05/05/2020	10:51		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	3831248 DAVID GOES DE ALCANTARA			
				Clinica				
				4-CIRURGICA				

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
66605587



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

08/06/2020 12:53:32

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8856081	MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO	F	23/11/1982	37

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2000012066576 SSP CE	523483341		1-CASADO

Endereço

R HUMBERT LOMEU,2613 - GRANJA LISBOA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
986062421	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Validade
22 HAPVIDA 04131000141011011	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	Médico Atendente	Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG	19/04/2020	09:56		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	3746542 CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS			
				Clinica				
				6-TRAUMATOLOGICA				

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Professional(is): FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR CRM 15194 [1] Nº: 53546009 19/04/2020 às 12:23

ANAMNESE

Queixa Principal	#REAVLIAÇÃO -CHECO Rx: OBSERVO FX T12 -CD SOLICITO TC COLUNA TORACICA PACIENTE COM FRATURA DE VERTEBRA TORACICA ENTRO EM CONTATO COM SOBREAVISO DA COLUNA (DR LUCAS CAVALCANTI) SOLICITO PARECER	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA	[1]
CID10	M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR CRM 15194 [1] Nº: 53546009 19/04/2020 às 12:23

ANAMNESE

Queixa Principal #REAValiação [1]
-CHECO Rx: OBSERVO FX T12
-CD:
SOLICITO TC COLUNA TORACICA
PACIENTE COM FRATURA DE VERTEBRA TORACICA
ENTRO EM CONTATO COM SOBREVISO DA COLUNA (DR LUCAS
CAVALCANTI)
SOLICITO PARECER

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA [1]

CID10 M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JÓCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 86605587 Prontuário: 8858081

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 15346 [1] Nº: 53542636 19/04/2020 às 10:07

ANAMNESE

Queixa Principal	#ATENDIMENTO INICIAL TRAUMATOLOGIA -PCT RELATA ACIDENTE DE MOTO DIA 14/03/20. CITA DOR NA COLUNA TORACICA. -EX.FÍSICO. SEM ALTERAÇÕES -CD. SOLICITO Rx + REAVALIAÇÃO COM EXAMES.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M659 SINOVITE E TENOSSINOVITE NAO ESPECIFICADAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	M659 SINOVITE E TENOSSINOVITE NAO ESPECIFICADAS	[1]
CID10	M659 SINOVITE E TENOSSINOVITE NAO ESPECIFICADAS	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA

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

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

Nº: 53558960 19/04/2020 às 23:54

ANAMNESE

Queixa Principal

CIRURGIAO DE COLUNA (DR FILIPE ARRUDA) ORIENTOU
TRATAMENTO CIRURGICO
SOLICITO INTERNAMENTO PARA CIRURGIA

[1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8858081

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 15346 [1] Nº: 53543296 19/04/2020 às 10:33

ANAMNESE

Queixa Principal

#REAVALIAÇÃO
-CHECO Rx: OBSERVO FX T12
-CD
SOLICITO TC COLUNA TORACICA

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:02

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66748702 Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/5

Profissional(is): DAVID GOES DE ALCANTARA CRM 16658 [1] Nº: 54041746 05/05/2020 às 10:52

ANAMNESE

Queixa Principal	po de cirurgia ortopedica ao trauma	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:02

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66748702 Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/5

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1] Nº: 54041933 05/05/2020 às 10:56

ANAMNESE

Queixa Principal	POS OP DE FX DA COLUNA CURATIVO + RETIRADA DE PONTOS	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/04/2020 19:37

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1] Nº: 53554893 19/04/2020 às 19:32

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/04/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	09:00	[1]
Cirurgia	FRATURA DE T12	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

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

ADecorun 308612

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/04/2020 19:43

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Falar	Não.	[1]
PARTICIPAÇÃO / RELACIONAMENTO		
Histórico do Cuidado Familiar	SIM	[1]
CONFORTO		
Queixas de Dor	Não.	[1]

Ad. Caru. n 308512

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/04/2020 19:43

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TE Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Professional(is): VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1] Nº: 53554990 19/04/2020 às 19:37

PACIENTE

Data De Admissão 19/04/2020 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 20/04/2020 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE T12 [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não. [1]

Etilista Não. [1]

Internações Anteriores NEGA [1]

Cirurgias Anteriores Não. [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados Sim. [1]

Reserva de Hemoderivados

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

Exames E Procedimentos Sangue. [1]

TRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado 65 kg [1]

Intolerância Alimentar Não. [1]

Jejum Não. [1]

Conservado Sim [1]

Dentição Preservada. [1]

ELIMINAÇÕES

Intestinais/ Urinárias NEGA [1]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso Sim. [1]

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir Não. [1]

Compreender Não. [1]

Memorizar Não. [1]

Handwritten signature and number: 308612

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

20/04/2020 08:41:03

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6856081	MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO	F	23/11/1982	37
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20000120E9576 SSP CE	523483341		1-CASADO	
Endereço				
R HUMBERT LOMEU 2613 GRANJA LISBOA FORTALEZA-CE CEP:61111111				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
986062421		MARIA CLEIDE DE MENDONCA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Da	Hora	Matricula	Tipo Documento
20/04/2020	08:36		
Médico Atendente		Clinica	
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES		0 INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano SP INDUSTRIA E DISTRIBUIDORA DE PETROLEO LTDA		
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Código	Validade		
04131000141011011			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	02	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
45927517	99998666	D60796335	INTERNACAO
45927517	30715016	D60796335	ARTRODESE DA COLUNA C/ INSTRUMENTACAO POR SEGMENTO
45927517	30715091	D60796865	DESCOMPRESSAO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA COM OU SEM ARTRODESE
45927517	30715164	D60796663	FRATURAS OU FRATURA-LUXACAO DE COLUNA - TRATAMENTO CIRURGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2
 Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA, MÉDICO, CRM 10600 [1] Nº: 53568796 20/04/2020 às 10:38

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clínico	S32	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S32	[1]
ANESTESIA		
Hora De Início	10	[1]
Hora De Término	12	[1]
Anestesia Geral Endovenoso	SIM	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	20/04/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	10:38	[1]
Cirurgia	ARTRODESE, TTO CIRURGICO DE FRATURA , DESCOMPRESSAO	[1]
Cirurgião	FILIFE ARRUDA	[1]
1º Auxiliar	VICTOR PARAHYBA	[1]
Anestesista	CESAR	[1]
Descrição Cirúrgica	1- PAC EM DECUBITO VENTRAL SOB ANESTESIA 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E CAMPOS 3- ACESSO POSTERIOR MEDIANO A COLUNA TORACO LOMBAR 4- DISSECAO 5- FIXACAO DE T11, T12, L1, COM 6 PARAFUSOS PEDICULARES 6- INTENSIFICADOR DE IMAGENS 7- FIXACAO COM DUAS HASTES E 6 PORCAS 8- COLOCACAO DO SISTEMA TRANSVERSAO COM 2 GANCHOS 9- SF 10- DRENO 11- SINTESE E CURATIVO	

Dr. Filipe Arruda
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia da Coluna Vertebral
 CRM/MEC 12469 TEOT 15093
 RQE 9339-9

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 08:56

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO T; Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): NIKAELLY PINHEIRO MOTA, ENFERMEIRO(A), COREN 535738 [1] Nº: 53564666 20/04/2020 às 08:44

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE M.J.M.A, 37 ANOS, SEXO FEMININO, HD: FRATURA DE COLUNA T12. [1]

ALERGIA: NEGA
COMORBIDADES: NÃO

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO, CONTACTUANDO SUAS NECESSIDADES, EUPNEICA EM AR AMBIENTE, PELE INTEGRAL PARA LESÕES, DEAMBULANDO SEM DIFICULDADE, SEGUE COM AVP EM MSD PÉRVIO E SALINIZADO E EM JEJUM DE APROXIMADAMENTE 12H. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

EXAMES REALIZADOS: ECG, TX DE TÓRAX, LABORATORIAL E TC.

GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR LOCAL QUANTO A POSSÍVEIS SINAIS FLOGÍSTICOS E RELIZAR TROCA DE DISPOSITIVO CONFORME NORMA DA INSTITUIÇÃO

RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES DO LEITO ELEVADAS E RODAS TRAVADAS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

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

Nikaelly Pinheiro Mota
COREN-CE 535738

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 1

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOSIO Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA, MÉDICO, CRM 10600 [1] Nº: 53568599 20/04/2020 às 10:34

IDENTIFICAÇÃO

Nome	MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO	[1]
Sexo	Feminino.	[1]
Idade	37 A 4 M	[1]
Data De Nascimento	23/11/1982	[1]
Nº Atendimento	66611541	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA	[1]
----------------	--	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	S32	[1]
-----------	-----	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	3 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Dr. Elize Arruda
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Coluna Vertebral
CRM 14409 TEOD 1592
RQE 2254

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 11

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO Tl Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA, MÉDICO, CRM 10600 [1] Nº: 53568675 20/04/2020 às 10:36

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PAC SUBMETIDO A ARTRODESE DE COLUNA TORAÇD LOMBAR , SEM INTERCORRENCIA	[1]
CID 10	S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA	[1]

DR. FÁBIO AZEVEDO
CRM 10600
CRMBC 12405
CRMOT 15092
CRMOT 15092
CRMOT 15092
CRMOT 15092
CRMOT 15092
CRMOT 15092
CRMOT 15092

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:48

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[2]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	sim.	[2]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não.	[2]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[2]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:48

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982	Atendimento: 66611541	Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2
Profissional(is): JANE CAROLINA DE ABREU, ENFERMEIRO(A), COREN 445810 [1] JANE CAROLINA DE ABREU COREN 445810 [2]	Nº: 53570571	20/04/2020 às 11:22

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/04/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	11:22	[1]
Cirurgia		[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 Dificil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	sim.	[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	NÃO.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	Não se aplica.	[2]
Paciente Certo	sim.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[2]
Procedimento	sim.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.	[2]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[2]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	sim.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[2]
As Preocupações Especificas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:49

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO T; Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Quantidade De Compressas Acrescentadas 2		
Numero Total De Compressas Inseridas	50 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	50 UD	[1]
Medicações/hora	kefazol 2 g as 10:20	[1]
Exames De Imagem	s	[1]
Clorexedine Alcoólico	s	[1]
Clorexedine Degermante	s	[1]
Tipo	Bipolar.	[1]
Material	parafuso pedicular	[1]
Fornecedor	ortocardio	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	curativo simples	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	UTI.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	12:40	[2]
SINAIS VITAIS		
T	36 °C	[2]
Pulso	80 bpm	[2]
PA	100,80	[2]
FC	80 bpm	[2]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[2]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	20,04,20	[2]
Hora	11:52	[2]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	paciente adm no cc para tratamento cirurgico de artrodese de coluna com drivitor paraiba,a mesma deu entrada no cc orientada.verbalizando no leito ,em sala feito avp no msd,svd,apos o procedimento segue para uti pos sem intercorrencias sob os cuidado da enfermagem ,curativo simples	[2]
Intercorrências	sem	[2]
Eletrodos	dorso	[2]
Incisão Cirúrgica	coluna	[2]
Dreno	coluna	[2]
Placa De Bisturi	vasto lateral da coxa direita	[2]
Punções Venosas	msd	[2]
Coxim	cabeca	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:49

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982	Atendimento: 66611541	Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2
Profissional(is): JANE CAROLINA DE ABREU, ENFERMEIRO(A), COREN 445810 [1] JANE CAROLINA DE ABREU COREN 445810 [2]	Nº: 53571119	20/04/2020 às 11:35

PACIENTE

Data De Admissão	20/04/2020	[1]
------------------	------------	-----

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
------------------	-------------	-----

Data Da Cirurgia	20/04/2020	[1]
------------------	------------	-----

Procedimento Cirúrgico Proposto	artrodese de coluna	[1]
---------------------------------	---------------------	-----

Pulseira De Identificação	msd.	[1]
---------------------------	------	-----

Comorbidades	mrga	[1]
--------------	------	-----

Nome, dosagem, frequência	mega	[1]
---------------------------	------	-----

Alergia- Descrição	nega	[1]
--------------------	------	-----

Tabagista	Não.	[1]
-----------	------	-----

Etilista	Não.	[1]
----------	------	-----

Cirurgias Anteriores	sim.	[1]
----------------------	------	-----

Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
------------------------------------	--------------	-----

Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
-------------------------	-----------	-----

Reserva de Hemoderivados

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum	sim.	[1]
-------	------	-----

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	enf.geyza	[1]
------------------------------	-----------	-----

Hora	09:50	[1]
------	-------	-----

Sala	06	[1]
------	----	-----

Condições Da Pele ao Inicio da cirurgia	íntegra	[1]
---	---------	-----

Início Da Anestesia	09:55	[1]
---------------------	-------	-----

Término Da Anestesia	12:30	[2]
----------------------	-------	-----

Início Da Cirurgia	10:30	[1]
--------------------	-------	-----

Término Da Cirurgia	12:10	[2]
---------------------	-------	-----

Instrumentador	estevo particular	[1]
----------------	-------------------	-----

Circulante	gerlandia,jane	[1]
------------	----------------	-----

Posição do paciente durante o ato operatório	ventral.	[1]
--	----------	-----

Membro Ou Lado A Ser Operado	coluna	[1]
------------------------------	--------	-----

Numero Inicial De Compressas	50 UD	[1]
------------------------------	-------	-----

Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	5 UD	[1]
--	------	-----

	10 UD	[1]
--	-------	-----

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026502719 20/04/2020 às 10:47
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Letto: 133410/2 Peso: 60.00 kg

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

Antonio Prudente
M.D. COSTA

Dr. Humberto C. de Deus
Médico
CREMPEC 10000

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026502719 20/04/2020 às 10:47
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Letto: 133410/2 Peso: 60.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prescritor: CRM-10600	
10. PUNCAO C/JELCO	SN
Prescritor: CRM-10600	
11. SINAIS VITAIS	
Prescritor: CRM-10600	
12. SCALP HEPARENIZADO	
Prescritor: CRM-10600	
13. BANHO NO LEITO	
Prescritor: CRM-10600	
14. RETIRADA DE DRENO DE	SN
PROBENOXICRM-10600	
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE	
PROBENOXICRM-10600	
16. COMPRESSÃO COM ÉTER	SN
Prescritor: CRM-10600	
Profissionais: CRM-10600	VICTOR PONTES PARAHYBA

Zanerado para o SIND

ENTEROFIX _____ Ass. _____

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD **DI. Nasc.:** 23/11/1982 **Atendimento:** 66611541 **Prontuário:** 8856081
 Colivento: HAPVIDA **Nº Prescrição:** 0026502719 **20/04/2020 às 10:47**
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR **Leito:** 19341092 **Peso:** 60,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE **3/3h** **ORAL**
 dieta livre

Prescritor: CRM-10600
 2. KEFAZOL (1.00g) **1g** **1 FRAP (FRAP C/ 1GR)** **8/8h** **EV** **22:00** **: 21/04 - 06:00**
 (D1/2) **18ml**

Prescritor: CRM-10600
 3. CETOPROFENO IV (100.00mg) **100mg** **1 FRAP (FRAP C/ 100MG)** **12/12h** **EV** **22:00**
 Soro Fisiologico 0,9% **100ml**

Prescritor: CRM-10600
 4. OMEPRAZOL (40.00mg) **40mg** **1 FRAP (FRAP C/ 40MG)** **24/24h** **EV** **21/04 - 06:00**
 Agua Destilada **18ml**

Prescritor: CRM-10600
 5. DILPIRONA AMP (500.00mg/ml) **1000mg** **2ML (AMPL C/ 500MG)** **6/6h** **EV** **18:00** **: 21/04 - 00:00** **: 21/04 - 06:00**
 Agua Destilada **18ml**

Prescritor: CRM-10600
 6. PLAMET (5.00mg/ml) **10mg** **2ML (AMPL C/ 10MG)** **8/8h** **EV** **SN**
 Agua Destilada **18ml**

Prescritor: CRM-10600
 7. TRAMADOL (50.00mg/ml) **100mg** **2ML (AMPL C/ 100MG)** **8/8h** **EV** **SN**
 Soro Fisiologico 0,9%

Alta vigilância
Prescritor: CRM-10600
 8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO **SN**
Prescritor: CRM-10600

9. CURATIVO GRANDE

M^{te} Meiriane A. P. Costa
 Enfermeira
 CCRM-CE 559.443

Dr. Henrique C. de Deus
 Médica
 CRM-CE 1098

SVD
 06:00
 1:500
 D. 06:00
 13:00

Paciente: MARIA JOCEIA MENDONCA AZEVEDO TEOD
Número: HAPVIDA

Dr. nasc. 23/11/1982
Nº Prescrição: 26502719

20/04/2020 às 10:47

atendimento: 66611541
Prontuário: 8856081

Peso: 60.00 kg

60012

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

3/3h ORAL

dieta livre

CRM-10600

2. KEFAZOL (1.00g) (D12)

1g 1FRAP (FRAP C/1GR) 8/8h EV

CRM-10600

3. CEIOPROFENO IV (100.00mg)

100mg Soro Fisiológico 0,9% 1FRAP (FRAP C/100MG) 12/12h EV

CRM-10600

4. OMEPRAZOL (40.00mg)

40mg Agua Destilada 1FRAP (FRAP C/40MG) 24/24h EV

CRM-10600

5. DIFIRONA AMP (500.00mg/ml)

1000mg Agua Destilada 2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV

CRM-10600

5. PLAMET (5.00mg/ml)

10mg Agua Destilada 2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV

CRM-10600

7. TRAMADOL (50.00mg/ml)

100mg Soro Fisiológico 0,9% 2ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV

CRM-10600

Alta vigilância

B. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

CRM-10600

9. CURATIVO GRANDE

SN

CRM-10600

D. PUNCAO C/ JELCO

SN

CRM-10600

1. SINAIS VITAIS

2. SCALP HEPARENIZADO

SN

CRM-10600

3. BANHO NO LEITO

SN

CRM-10600

4. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-10600

5. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-10600

6. COMPRESSÃO COM EER

SN

CRM-10600

Profissionais: CRM-10600

VICTOR PONTES PARAHYBA

Handwritten notes:
1. Monitorar vitalidade
2. OPA + 1ml AD
3. Siga com o regime água
4. Siga

Dr. EHEID
Osteodonto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-10600

Jessica R.rigues
Coren - 06901221 ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:48

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): JANE CAROLINA DE ABREU, ENFERMEIRO(A), COREN 445810 [1] Nº: 53570571 20/04/2020 às 11:22
 JANE CAROLINA DE ABREU COREN 445810 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/04/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	11:22	[1]
Cirurgia		[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 Dificil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	sim.	[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	NÃO.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[2]
Lateraldade Do Procedimento	Não se aplica.	[2]
Paciente Certo	sim.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[2]
Procedimento	sim.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[2]
Checgem Completa Dos Equipamentos	sim.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[2]
Checgem Completa Das Medicções Anestésicas	sim.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[2]
Etapas Criticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[2]
As Preocupações Especificas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982

Atendimento: 66611541

Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

sim.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

sim.

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

Não.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

sim.

[2]

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

sim.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

sim.

[2]

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convento: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026502768 21/04/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2 Peso: 60,00 Kg

GASTOS	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
DIPIRONA AMP								
	ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	MFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1				
	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2	ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	6				
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1				
	ÁGUILHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	Retirada De Dreno De Portovac					
	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	LUVA DESC ESTERIL N.7,5 - 1 PA	1				
	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 20	20				
	ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	4	ESPÁRDRAP O MPERM 10CMX4 5M TUBO -30	30				
			LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2				
KEFAZOL			ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1				
	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1	1	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50				
	KEFAZOL FRAP 1 UD	1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 5	5				
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	LAMINA DE BISTURI 11 - 1 UD	1				
	ÁGUILHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2	2				
	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
	ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1	1	Curativo Grande					
	ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	4	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 50	50				
			GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 5	5				
ZETOPROENO IV			LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1				
	ZETOPROENO 100MG IV FRAP 1 UD	1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 11	11				
	ÁGUILHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100				
	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1	1	TRANSORF - 1 UD	1				
	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	LUVA DESC ESTERIL N.7,5 - 1 PA	1				
	ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	4	Curativo Com Atadura E Gaze Acchohada Medi					
	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2				
	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 11	11	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 19 CM	2				
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
Scalpo Heparenizado								
	ÁGUILHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1	1						
	SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 1	1						
	FAKPA CONE LUER - 1 UD	1						
Uncao Cl Jacto								
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15						
	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1						
	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	15						
	EXTENSOR 40CM C/2 VAS - 1 UD	1						
	CATER INTRA VENOSO 24 (JELCO) - 1 UD 1	1						
	FAKPA CONE LUER - 1 UD	1						

RP1531 UOUANA LUCAS PEREIRA 21/04/2020 13:03 IP: 192.85.4.101

Jéssica R. Rodrigues
 20ren - 06/30/2021 ENF
 Dra. Hellen C. da Costa
 CRÉDITO 1408

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD Dt Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026502768 21/04/2020 às 06:00
Posto: POSTO 6A - HAPFOR Letto: 60012 Peso: 60.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-8260	14:00 ;
10. PUNCAO C/JELCO Prescritor: CRM-8260	SN 14:00 ;
11. SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-8260	14:00 ;
12. SCALP HEPARENIZADO Prescritor: CRM-8260	14:00 ;
13. BANHO NO LETO Prescritor: CRM-8260	14:00 ;
14. RETIRADA DE DRENODE IPROFENACOL CRM-8260	SN 14:00 ;
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ROGACHA CRM-8260	14:00 ;
16. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-8260	SN

Profissionais: CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

RESERVADO PARA O SIND
ENTEROFIX Ass.

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

Dr. Antônio H. C. do Carmo
Médico
C.R.E.M.E.C. 14000

Jessica R.rigues
Coren - Ue 50121 ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convento: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026502768 21/04/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2 Peso: 60.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

*Orãos.
4
90ml.
06:00*

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL dieta livre ~~09:00~~ : ~~12:00~~ : 18:00 : 21:00 :
 22/04 - ~~09:00~~ : 22/04 - 03:00 : 22/04 - 06:00 :

Prescritor: CRM-8260 2. KEFAZOL (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV ~~14:00~~ : ~~22:00~~ : 22/04 - 06:00 :
 Agua Destilada 18 ml

Prescritor: CRM-8260 3. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV ~~10:00~~ : ~~22:00~~ :
 Soro Fisiologico 0,9% 100 ml

Prescritor: CRM-8260 4. OMEPRAZOL (40.00mg) 40mg 1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV 22/04 - 06:00 :
 Agua Destilada 18 ml

Prescritor: CRM-8260 5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV ~~12:00~~ : ~~18:00~~ : 22/04 - 09:00 : 06/00
 Agua Destilada 18 ml

Prescritor: CRM-8260 6. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV SN
 Agua Destilada 18 ml

Prescritor: CRM-8260 7. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV SN
 Soro Fisiologico 0,9%

Alta vigilância
 Prescritor: CRM-8260 8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO SN

9. CURATIVO GRANDE

*Dr. Jussara M. C. de Goda
 CRIMEC 11008*

*Jessica R.rigues
 0701 - 08-501221 ENF*

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOI	Dt. Nasc.: 23/11/1982	Atendimento: 06611541	Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26515898	22/04/2020 às 01:18	
Posto: POSTO 6A - HAPFOR	Leito: 6001/2	Enfermeiro(a): MARCIANA ALMEIDA DA COSTA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido:
-----------------------------------	-----------------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã	Tarde	Noite
------------------------------------	--------------	--------------	--------------



Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOI Dt. Nasc.: 23/11/1982	Atendimento: 66611541	Prontuário: 8856061
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26515900	22/04/2020 às 01:20
Posto: POSTO 6A - HAPFOR	Leito: 6001/2	
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	
4 - RENOVAR/ DATANDO		
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00	
7 - ORIENTAR		
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 6A - HAPFOR

Dt. Nasc.: 23/11/1982
Nº Prescrição: 0026509874
Leito: 6001/2
Atendimento: 66611541
22/04/2020 às 06:00
Peso: 60,00 kg

Prontuário: 8856081

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

9 - CURATIVO GRANDE Prescritor: CRM-8260	14:00 ;
10 - PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-8260	SN
11 - SIN AIS VITAIS Prescritor: CRM-8260	14:00 ;
12 - SCALP HEPARENIZADO Prescritor: CRM-8260	14:00 ;
13 - BANHO NO LETTO Prescritor: CRM-8260	SN
14 - RETIRADA DE DRENO DE POSTO 6A CRM-8260	SN
15 - CURATIVO COM ATADURA E GAZE POSTO 6A CRM-8260	14:00 ;
16 - COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-8260	SN

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SIND

ENTEROFIX _____ Ass.

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

Dr. Heitor M. de Deus
CRM-8260
CREMREC 14908

Jessica P. Rodrigues
CRM-8260
CREMREC 14908

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD **DL. Nasc.:** 23/11/1982 **Atendimento:** 66611541 **Prontuário:** 8856081
 Convento: HAPVIDA **Nº Prescrição:** 0026509874 **22/04/2020 às 06:00**
 Posto: POSTO 6A - HAPFOR **Leito:** 600112 **Peso:** 60.00 kg **Emissão** 22/04/2020 11:41

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE **3/3h** **ORAL** **dieta livre**
 Prescritor: CRM-8260

2. KEFAZOL (1.00g) **1g** **1 FRAP (FRAP C/ 1GR)** **8/8h** **EV**
 (01/1) **Agua Destilada** **18 ml**
 Prescritor: CRM-8260

3. CETOPROFENO IV (100.00mg) **100 mg** **1 FRAP (FRAP C/ 100MG)** **12/12h** **EV**
Soro Fisiologico 0,9% **100 ml**
 Prescritor: CRM-8260

4. OMEPRAZOL (40.00mg) **40 mg** **1 FRAP (FRAP C/ 40MG)** **24/24h** **EV**
Agua Destilada **18 ml**
 Prescritor: CRM-8260

5. DILPIRONA AMP (500.00mg/ml) **1000mg** **2 ML (AMPL C/ 500MG)** **6/6h** **EV**
Agua Destilada **18 ml**
 Prescritor: CRM-8260

6. PLAMET (5.00mg/ml) **10 mg** **2 ML (AMPL C/ 10MG)** **8/8h** **EV**
Agua Destilada **18 ml**
 Prescritor: CRM-8260

7. TRAMADOL (50.00mg/ml) **100 mg** **2 ML (AMPL C/ 100MG)** **8/8h** **EV**
Soro Fisiologico 0,9% **100 ml**
 Prescritor: CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO **SN**
 Prescritor: CRM-8260

Dr. Meiriane A.P. Costa
 Enfermeira
 COREN-CE 589.159

Dr. Henrique C. de Deus
 Médico
 COREN-CE 1498

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/04/2020 15:02

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 86611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): MARIA MEIRIENE ALBUQUERQUE PEREIRA COSTA, ENFERMEIRO(A), Nº: 53637819 22/04/2020 às 15:02
COREN 559488 [1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

PACIENTE M.J.M.A, 37 ANOS, SEXO FEMININO, HD: 2º PO
ARTRODESE DE COLUNA TORACO LOMBAR, T11/12/L 4. [1]

ALERGIA: NEGA
COMORBIDADES: NÃO

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO,
CONTACTUANDO SUAS NECESSIDADES, EUPNEICA EM AR
AMBIENTE, PELE ÍNTEGRA, DIETA VO GERAL. AVP EM MSD PÉRVIO.
DIURESE ESPONTÂNEA, EVACUAÇÕES AUSENTES.
RETIRADO DRENO DE PORTOVAC POR DR. FELIPE ARRUDA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR LOCAL QUANTO A POSSÍVEIS
SINAIS FLOGÍSTICOS E RELIZAR TROCA DE DISPOSITIVO
CONFORME NORMA DA INSTITUIÇÃO

RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES DO LEITO ELEVADAS E
RODAS TRAVADAS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Dreno De Portovac

Não

[1]

M^{re} Meiriene A. P. Costa
Enfermeira
COREN-CE 559.488/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026509874 22/04/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2 Peso: 60.00 kg

Emissão 22/04/2020 11:41

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
DIPIRONA AMP							
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR	4	LUVA DESC. ESTERIL N.7.5 - 1 PA	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	Curativo Com Atadura E Gaze Acochoada Medi					
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	ATAJURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	GAZE ACOCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4						
DIPRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2						
CEFAZOL							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1						
CEFAZOL FRAP 1 UD	1						
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR	4						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
LETOPROFENO IV							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1						
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR	4						
Icalp Heparinizado							
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
AMPA CONE LIER - 1 UD	1						
Curativo Grande							
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1						
LOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 SO	50						
MONOPORRE 25X10 TUBO 1000 CM	100						
RANSOFIX - 1 UD	1						
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5						
ORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 L	1						

Jessica R.rigues
 Coren - 6830121 ENF

Dr. Humberto C. de Deus
 Médico
 CREMÉC 10000

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/04/2020 10:13

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): FERNANDA FLANIA SOARES MAIA, ENFERMEIRO(A), COREN 575774 [1] Nº: 53660794 23/04/2020 às 10:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO DIURNO [1]
PACIENTE M.J.M.A, 37 ANOS, SEXO FEMININO, HD: 2º PO
ARTRODESE DE COLUNA TORACO LOMBAR, T11/12/L 4.
ALERGIA: NEGA
COMORBIDADES: NÃO
EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA EM TEMPO ESPAÇO E
PESSOA, DEAMBULANDO CONTACTUANDO SUAS NECESSIDADES,
EUPNEICA EM AR AMBIENTE, PELE ÍNTEGRA, DIETA VO GERAL.
AVP EM MSD (19/04/20) PÉRVIO, DIURESE ESPONTÂNEA,
EVACUAÇÕES AUSENTES.
RETIRADO DRENO DE PORTOVAC POR DR. FELIPE ARRUDA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.
GERENCIAMENTO DE RISCOS
RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR LOCAL QUANTO A POSSÍVEIS
SINAIS FLOGÍSTICOS E RELIZAR TROCA DE DISPOSITIVO
CONFORME NORMA DA INSTITUIÇÃO
RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES DO LEITO ELEVADAS E
RODAS TRAVADAS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
Dreno De Portovac	Não	[1]

Fernanda Flania Soares Maia
COREN Nº 575.774-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/1/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026517386 23/04/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2 Peso: 60,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	dieta livre	09:00	: +2:00
Prescritor: CRM-8260					
2. KEFAZOL (1.00g)	1g	1FRAP (FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV	-14:00 ;
Agua Destilada					
Prescritor: CRM-8260					
3. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV	-09:00 ;
Soro Fisiologico 0,9%					
Prescritor: CRM-8260					
4. OMEPRAZOL (40.00mg)	40mg	1FRAP (FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV	
Agua Destilada					
Prescritor: CRM-8260					
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	-12:00 ;
Agua Destilada					
Prescritor: CRM-8260					
6. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	SN
Agua Destilada					
Prescritor: CRM-8260					
7. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	SN
Soro Fisiologico 0,9%					
Alta vigilância					
Prescritor: CRM-8260					
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					SN
Prescritor: CRM-8260					
9. CURATIVO GRANDE					SN

Dr. Antonio Trujillo
 Médico
 CREMEC 1.2045

Prescrição Médica
 23/04/2020 06:00
 MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD **Dt. Nasc.:** 23/11/1982 **Atendimento:** 66611541 **Prontuário:** 8856081
 Convenio: HAPVIDA **Nº Prescrição:** 0026517386 **23/04/2020 às 06:00**
 Posto: POSTO 6A - HAPFOR **Leito:** 6001/2 **Peso:** 60,00 kg

Emissão 24/04/2020 09:20

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS
Prescritor: CRM-8260	14:00 :
10. PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-8260	SN
11. SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-8260	
12. SCALP HEPARENIZADO Prescritor: CRM-8260	14:00 :
13. BANHO NO LETO Prescritor: CRM-8260	
14. RETIRADA DE DRENO DE FOSFATATO DE SODIO Prescritor: CRM-8260	SN
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE FOSFATATO DE SODIO Prescritor: CRM-8260	14:00 :
16. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-8260	SN
17. Alta em: 23/04/2020 Alta dada por: FILIPE RIBEIRO DE ARRUDA Prescritor: CRM-12409	ALTA MELHORADO
Profissionais: CRM-8260	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SIND
 ENTEROFIX _____ Ass. _____

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

Jessica R.rigues
 Coren - Ue501221 ENF

Dra. Hospital de Clínicas de Curitiba
 CREMEC 1008

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD DL Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convento: HAPVIDA N° Prescrição: 0026517386 23/04/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2 Peso: 60.00 kg

Emissão 24/04/2020 09:20

3ASTOS

3PIRONA AMP

Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição
1	ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP/L 20 ML	1	LUVA DESC ESTERIL N.7,5 - 1 PA	1		1	
2	LVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA						
1	3PIRONA 1 G 2 ML AMP/L 2 ML		<u>Curativo Com Atadura E Gaze Acchohada Medi</u>				
1	ERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	GAZE ACOLOCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2			
1	ÁLCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML		ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2			
5	ÁLCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML						
2	ÁLGODAO HIDROFILO - 500 GR						
2	ÁGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD						
1	ÁLGODAO HIDROFILO - 500 GR						
4	ÁLGODAO HIDROFILO - 500 GR						
1	ÁGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD						
1	LVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA						
3	ERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML						
1	ÁLCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML						
10	ÁLCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML						
1	3FAZOL FRAP 1 UD						
1	ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP/L 20 ML						

3ETOPROFENO IV

3	LVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA						
4	ÁLGODAO HIDROFILO - 500 GR						
1	ÁGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD						
1	ERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML						
1	QUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD						
1	ÁLCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML						
10	ÁLCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML						
1	3ORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 1000 ML						
1	3ROFENO 100MG IV FRAP 1 UD						

3calp Heparenizado

1	ÁGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD						
1	ÁMPA CONE LUER - 1 UD						
1	ERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML						
1	3ORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMP/L 10 ML						

3urativo Grande

100	3ICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM						
1	3RANSOFIX - 1 UD						
50	3LOREXEDINA 0,5% ÁLCOOLICA FRAS 1000 50						
1	3ORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML						
5	3AZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD						
1	3LVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA						

Jéssica R.rigues
 Coren - CEB0121 ENF

Dr. Humberto A. C. de Costa
 Médico
 CREMÉC-11008

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/04/2020 09:22

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Professional(is): FILIPE RIBEIRO DE ARRUDA, MÉDICO, CRM 12409 [1] Nº: 53665505 23/04/2020 às 12:03

DIAGNÓSTICOS

CID10	S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA	[1]
CID10	S32 FRATURA DA COLUNA LOMBAR E DA Pelve	[1]


Dra. Mariana C. de Costa
Médica
CRM/REC 14848

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/04/2020 09:23

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): FILIPE RIBEIRO DE ARRUDA, MÉDICO, CRM 12409 [1] Nº: 53665544 23/04/2020 às 12:05

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	2 PO ARTRODESE DE COLUNA ., EVOLUI BEM DEAMBULANDO fo limpa e seca neurovascular sem alteracoes alta hospitalar	[1]
CID 10	S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA	[1]

Dr. Humberto M. C. da Costa
Médico
CREMEC 14048

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/04/2020 09:23

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): FILIPE RIBEIRO DE ARRUDA, MÉDICO, CRM 12409 [1] Nº: 53630666 22/04/2020 às 11:33

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PO ARTRODESE DE COLUNA .. EVOLUI BEM DEAMBULANDO
retiro dreno
neurovascular sem alteracoes
plano de alta amanha

[1]

CID 10

S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA

[1]

Dra. Vanessa M. R. da Costa
Médica
CREMOC 140-08

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/04/2020 09:25

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI DL Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA, MÉDICO, CRM 10800 [1] Nº: 53602499 21/04/2020 às 12:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente 1 PO ARTRODESE DE COLUNA ., EVOLUI BEM DEAMBULANDO
RETIRAR SVD [CURATIVO] [1]

CID 10 S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA [1]

Dr. Humberto M. D. da Costa
Médico
CREMÉC 14089

PROIBIDO PLASTIFICAR
1155611600

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1155611600

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
CAMÉLIA/NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: MARIA JOCELIA HEDORCA AZEVEDO TEODORO



Nº Registro: 04975904768

Data de Emissão: 13/01/2010

Data de Validacao: 06/05/2010

CNPJ: 3005012066176 - Estado: CE

Telefone: 005 234 933-41 - Data de Validacao: 27/11/1982

Nome: JOSE EDUARDO BARCEIRA
AZEVEDO
MARCIA CERQUEIRAS DE
HEDORCA

Sexo: M F

Observacoes:
SEM OBSERVACAO

Assinatura: *Maria Jocelia Hedorca Azevedo Teodoro*

Local: PORTALEZA, CE Data de Emissao: 17/07/2015

5048745864
02148508405

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200301201 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO **Data do acidente:** 14/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA TORÁCICA SEGMENTO T12.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA. (P3,4,8,10,15,19,REGISTRO DE ACIDENTE DECLARADO)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL.

Documentos complementares:

Observações: (P1) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 12/08/2020.

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 do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236245/20

Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TE

CPF: 005.234.833-41

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 14/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MENDONCA AZEVEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO : 005.234.833-41

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: 21/08/2020
Nome: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO
CPF: 005.234.833-41

MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2020
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236245/20

Número do Sinistro: 3200301201

Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TE

CPF: 005.234.833-41

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 14/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MENDONCA AZEVEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 24/09/2020

Nome: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

CPF: 005.234.833-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

ANDERSON DE SOUZA LEITE