

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

12/09/2020 14:58

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68791631

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO CRM 15434 [1]

Nº: 58425049 12/09/2020 às 14:55

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU
REFERE COLISAO CARRO X MOTO
COM RELATO DE SOCORRISTA COM FRATURA EXPOSTA DA
PERNA ESQUERDA
MEMBRO IMOBILIZADO
NAO ESTAVA EM USO DE COLETE CERVICAL OU PRANCHA RIGIDA

[1]

DOR EM OMBRO E COTOVELO
DOR EM PERNA ESQUERDA

ANALGESIA E EXAMES

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

V294 CONDUTOR TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS
VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM
UM ACIDENTE DE TRANSITO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

Comorbidades

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

V294 CONDUTOR TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS
VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM
UM ACIDENTE DE TRANSITO

[1]

CID10

V294 CONDUTOR TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS
VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM
UM ACIDENTE DE TRANSITO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFIRMAÇÃO DO PRONTUÁRIO

8

12/09/2020

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

12/09/2020 16:12

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68791631	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 824207/1	
Profissional(is): JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO CRM 15434 [1]	Nº: 58427355	12/09/2020	às 16:10

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA SOLICITO ENCAMINHO AO HAPFOR PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA CASO AVISADO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E COMUNICADO AO ANTONIO PREUDENTE CHEFIA DA TRAUMA CIENTE	[1]
------------------	---	-----

Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S828 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S828 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA	[1]
CID10	S828 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

12/09/2020 17:38

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68791631

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA

Leito: 824207/1

Profissional(is): JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO CRM 15434 [1]

Nº: 58429877 12/09/2020 às 17:37

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE SEM EXETENSAO ATIVA DO PUNHO E POLEGAR
ESQUERDO
RX SEM FRATURA

[1]

FAÇO TALA AXIOPALMAR

ORIENTO OBSERVAÇÃO

LESÃO DE INTEROSSEO?

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S829 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

Comorbidades

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S829 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA

[1]

CID10

S829 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

21/09/2020 15:20

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68954398	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 824211/4	
Profissional(is): JOAO PAULO PINHEIRO DE ARAUJO CRM 15434 [1]	Nº: 58728950	21/09/2020	às 09:40

ANAMNESE

Queixa Principal	TROCA DE CURATIVO LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL? TROCA DE CURATIVO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S829 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S829 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA	[1]
CID10	S829 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Dr. João Paulo Pinheiro de Araújo
CRM 15434
Especialista em Traumatologia
15/09/2020

Dr. João Paulo Pinheiro de Araújo
CRM 15434
Especialista em Traumatologia
15/09/2020

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
68794036



OK

12/09/2020 20:21:02

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3852896	FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	M	21/07/1985	35
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	1763683370		6-OUTROS	
Endereço				
R POVOADO DO MARIZEIRA 0 SITIO CASA BRANCA MARANGUAPE-CE CEP:61900000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
985909061		MARIA DO SOCORRO DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
12/09/2020	20:12		Elizane
Médico Atendente		Clínica	
1776126 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
1776126 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE		0 INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	FRET CAR TRANSPORTES LOCACAO E TURISMO LTDA	
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
57761000367005014			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133420 SALA CC 02	01	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
47920357	99996666	D81309013	INTERNACAO
47920357	30727189	D81309013	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO
47920357	30730090	D81309080	FASCIOTOMIAS (DESCOMPRESSIVAS)



ANTONIO
PRUDENTE

NOTA DE SALA

16

5085102

HAPVIDA

Atendimento:	68794036	Prontuário:	3852896	FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Cirurgia(s):	30727189	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DE TIBIA COM	Tipo Anestesia:	RAQUE+SEDACAO
Sala Cirúrgica:	30730090	FASCIOTOMIAS (DESCOMPRESSIVAS)	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
Equipe Médica:	SALA CC 02		Apto.:	4018
	CIRURGIAO	1776126	BRUNO MOTA ALBUQUERQUE	CRM 11736
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	1990446	DANIEL LEWI LOPES MONTEZUMA	CRM 12667
	ANESTESISTA	3883043	GUSTAVO HENRIQUE SILVA AMARIZ	CRM CRM62411

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	35181	ATROPINA 0,25 MG 1 ML AMPL 1 ML	4
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	139799	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD	1
118435	AGULHA DESC DE RAQUE N 25 - 1 UD	1	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	154754	DEXTROCEAMINA 100MG/2ML INJ FRAP AMPL 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	38075	DIAZEPAM 10MG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	50	38008	DIFIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	40142	EFORTIL AMPL 1 UD	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	50	145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	40
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	2
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	4	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	1	46019	LOSEC 40 MG FRAP 1 UD	1
81866	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML	1
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	300	43290	RINGER C/ACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	4
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	3	43788	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML	1
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1	143303	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4,5M TUBO 450 CM	50	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
25534	FAIXA DE SMARCH 10CM ROLO 1 UD	2	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
119133	FIO J&J MONONYLON (N2035T) - ETHILON*BLACK 2- ENV 1 UD	2			
130987	FIXADOR EXTERNO LINEAR - 1 UD	1			
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	2			
30635	LUA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	19			
30651	LUA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA	5			
30660	LUA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	4			
30678	LUA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PA	15			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	2			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	5			
50849	PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD	80			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	5			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	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			
Gases / Aparelhos					
	TAXA DE SALA			Início: 21:10	Fim: 22:25
	TREPO			Início: 21:10	Fim: 22:25
	OXIGENIO			Início: 21:10	Fim: 22:25
	BISTURI ELÉTRICO			Início: 21:10	Fim: 22:25
	MONITORIZAÇÃO			Início: 21:10	Fim: 22:25
	OXIMETRO DE PULSO			Início: 21:10	Fim: 22:25

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANTRAX		ROCEFIN 1H	
ADRENALINA amp		RAPIDEN	
ATLANSIL amp 50 mg/ml	7	SICORANE	
ATROPINA 0.2% mg/amp		SOLU-CORTEF 500 mg	
BICARBONATO DE SODIO amp		SUFENTA ml	
CLONIDIN 150mg		TRANSAMIN	
CLORETO DE POTASSIO 10% amp		THIOPENTAL 0.5 mg	
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	
CLEXANE 20 mg/amp	7	TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4mg FR 2.5 ml		TRAGSIM 20 mg/amp	
DIASEPAN 10mg		ULTIVA 2 mg	
DIMORF 0.2 mg/ml Amp (1 ml)		XILOCAINA amp 5/100 5 ml 2%	
DIMORF 10 mg		XILOCAINA C/A 2% ml	
DIPRIVAN amp 20 ml		XILOCAINA PESADA 3% amp	
DIPRIVAN venosa 50 ml PPS	2	XILOCAINA S/A 2% ml	
DIPRONA amp		XILO-GEL	
GRAMIN 50 mg FR			
DOCAANTHUS amp			
DOPAMINA			
DORMIDIN 15 mg/amp			
DICUTREX amp			
EPIDIL amp			
ERGOTRATE 0.2 mg/amp			
ESMERON	1	SORO	2 QTE
FLACIN 500 mg		SORO-FISIOLÓGICO 0.9% 500 ml	
FENTANIL amp		SORO-GLUCOSADO 0.5% 500 ml	
GLUCONATO DE CÁLCIO		SORO-FISIOLÓGICO 0.9% 250 ml	
ISORANE		SORO-GLUCO-FISIOLÓGICO 500 ml	
UDRO-CORTIZONA 500 mg		SORO RINGER LACTATO 500 ml	
HALOTHANO		SOL MANITOL 20% 250 ml	
HEPARINA		FRUTOSE	
HYPOMIDATE 2 mg/ml		VOLUVEN	
INOVAL amp	2		
IPSELON 10	1	SANGUE / HEMODERIVADOS	QTE
KETACOL fr/amp		PLASMA	
KELIM amp		SANGUE	
KETALAR ml		PAPA DE HEMÁCIAS	
LANEXAT amp		ALBUMINA	
LASEX amp			
MARCANIA C/A 0.5% amp			
MARCANIA PESADA amp			
MARCANIA S/A 0.3% amp			
METHERGIN amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	7 QTE
NILPERIDOL amp		CATETER VENOSO	1
NUMERON 10 mg	1	EXTENSOR	1
NAUSEBROM 8 mg		EQUIPO DE SORO	
NARCAN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	
NAROPIN amp		SONDA TRACHEAL	
NIPRODE amp		AGULHA P/ PERIDURAL	
NOXADRENALINA		SONDA NASOGÁSTRICA	
NORCURON		AGULHA P/ RACIJE	
NULEAD amp		TORNEIRA TRÊS VIAS	
OMEPRAZOL 400 mg FR		EQUIPO DE BOMBA	
ORASTINA amp 5 L/1ml		EQUIPO DE BOMBA FOTO	
PAVILON amp		AGULHA STIMOPREX	
PLAVET amp			
PLASIL amp			
PROCTICONE amp 0.3 mg			
QUEGIN 100 mg/ xol			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesiologista - CRM

Assinatura Médica

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 58437083 12/09/2020 às 22:52

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S822 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S822 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 12/09/2020 [1]

Hora Da Cirurgia 22:52 [1]

Cirurgia LIMPEZA CIRURGICA + FASCIOTOMIA ANTERIOR DA PERNA +
FIXAÇÃO EXTERNA PERNA ESQUERDA [1]

Cirurgião BRUNO MOTA [1]

1º Auxiliar LEWI MONTESUMA [1]

Descrição Cirúrgica PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
A+A+A
REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0,9% SEGUIDO DE
DESRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO
REALIZADO FASCIOTOMIA ANTERIOR DA PERNA
SUTURA COM NYLON
REALIZADO FIXAÇÃO EXTERNA PERNA ESQUERDA E CHECADO
SOB INTENSIFICADOR DE IMAGENS
CURATIVO ESTERIL
A RPA [1]

Códigos Dos Procedimentos 30727189 + 30730090 [1]

Dr. Lewi Montezuma
Ortopedista & Traumatologista
CREMEC - 12.667



Dr. Bruno Mota Albuquerque
MÉDICO
CREMEC 11736



12/09/2020 22:

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE

paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

onvênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

rofissional(is): SORAIA VENTURA DE LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 983959 [1]

Nº: 58436269 12/09/2020 às 22:08

PACIENTE

Identificação Do Paciente

F.D.S

[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Emergência.

[1]

Data Da Cirurgia

12/09/2020

[1]

Procedimento Cirúrgico Proposto

FRATURA DE TIBIA

[1]

Nome, dosagem, frequência

NAO

[1]

Alergia- Descrição

NAO

[1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

SORAIA

[1]

Hora

21:15

[1]

Sala

02

[1]

Condições Da Pele ao Inicio da cirurgia

COM ESCORRIACOES

[1]

Inicio Da Anestesia

21:15

[1]

Término Da Anestesia

22:30

[1]

Inicio Da Cirurgia

21:20

[1]

Término Da Cirurgia

22:25

[1]

Instrumentador

JANE

[1]

Circulante

SORAIA

[1]

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL.

[1]

Membro Ou Lado A Ser Operado

MIE

[1]

Numero Inicial De Compressas

20 UD

[1]

Contagem Final De Compressas

20 UD

[1]

Medicações/hora

NAUSENDRO, KEFAZOL, DIPIRONA

[1]

Clorhexedine Alcoólico

Sim

[1]

Clorhexedine Degermante

Sim

[1]

Álcool

Sim

[1]

Material

FIXADOR EXTERNO DE TIBIA

[1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia

COM FIXADOE EXTERNO E CURATIVO

[1]

Grau De Contaminação

LIMPA.

[1]

Encaminhamento Do Paciente

SRPA.

[1]

SINAIS VITAIS

36 °C

[1]

12/09/2020 22:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

		[1]
Pulso	81 bpm	[1]
PA	120X80	[1]
FC	81 bpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		[1]
Sat O2	99 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		[1]
Data	12/09/2020	[1]
Hora	22:13	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		[1]
Observação	PACTE ADM NO CC PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM DR BRUNO , PACTE CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO EM O2 AMBIENTE, REALIZADO ANESTESIA RAQUI MAIS SEDAÇÃO, APOS TERMINIO DE PROCEDIMENTO PACTE ENCAMINHADA PARA SR E SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

12/09/2020 22:02

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): SORAIA VENTURA DE LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 983959 [1]

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

Nº: 58436101 12/09/2020 às 22:02

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	12/09/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	21:15	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA	[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	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	Esquerda.	[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 Medicções Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]

Qualquer Duração E Perdas Sanguíneas Foram

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

12/09/2020 22:

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Invenção: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

Previstas		[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	
O TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		[1]
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.	[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.	
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		[1]
Especificar	DORSAL	

NOTA DE SALA

5087242

HAPVIDA

Atendimento: 68794036 **Prontuário:** 3852896 **FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO**

Cirurgia(s): 30727138 FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI) **RAQUE+SEDACAO**
 30726190 LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS 30710057 RETIRADA DE FIXADORES EXTERNOS
 30732026 ENXERTO OSSEO

Sala Cirurgica: SALA CC 02 **Setor Emissor:** CENTRO CIRURGICO - HAPFOR **Apto.:** 4018

Equipe Médica: CIRURGIAO 1776126 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736
 PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO 734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260
 ANESTESISTA 4642988 ANALU BARROS DOS SANTOS CRM 173484

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Medicamentos					
31729	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	154754	DEXTRO-CETAMINA 100MG/2ML INJ FRAP AMPL 1 UD	1
118456	AGULHA DESC. DE RAQUE N.26 - 1 UD	1	38075	DIAZEPAM 10MG/2ML SOL INJ, AMPL AMPL 2 ML	2
84948	AGULHA DESC. DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	5	145419	FENTANILA 50MC/GIML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
31738	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	120105	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	30	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	48542	PROPOFOL 10MG/1ML INJ, AMPL 20ML AMPL 20 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	3
152352	CAMPÔ IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	3	45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200			
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	5	19	Gases / Aparelhos	
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	100	4	TAXA DE SALA	Início: 11:05 Fim: 12:45
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4,5M TUBO 450 CM	50	20	TREPANO	Início: 11:05 Fim: 12:45
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	2	15	OXIGENIO	Início: 11:05 Fim: 12:45
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2	16	BISTURI ELÉTRICO	Início: 11:05 Fim: 12:45
119496	FIO MONONYLON (11631) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	1	22	MONITORIZAÇÃO	Início: 11:05 Fim: 12:45
119133	FIO J&J MONONYLON (N20351) - ETHILON*BLACK 2- ENV 1 UD	1		OXIMETRO DE PULSO	Início: 11:05 Fim: 12:45
161605	FIO Q VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VLT 2 ENV 1 UD	1			
165554	FIO Q-PG104X VICRYL 0 ENV 1 UD	8			
733505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	1			
140444	HASTE INTRAMEDULAR BLOQ.DE TIBIA CIPARAFUSOS - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	2			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	8			
30636	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	2			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	1			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	2			
30686	LUVA DESC. ESTERIL N-8,5 - 1 PA	5			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	200			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	5			
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	1			
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	2			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	2			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	30			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR				

FICHA DE ANESTESIA

12:11:10
 C: 11:35
 ANTONIO
 PRUDENTE
 CP: 12:40h
 AP: 12:45h

Nome: Flaviano do Silo Santiago Data: 15/09/20
Idade: _____ Sexo: F () M (X)
Peso: _____
Prontuário: 3852896 Convênio: MAPVEDA
Diagnóstico: fratura tibia
Cirurgia: Tratamento fixação interna Sedação + Rmq
Cirurgião: Dr Bruno Neri ASA: II

LÍQUIDOS		CARDIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂ 98.1-99.1-99.1						
ETC O ₂						
PVC						
230						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						
40						
20						
0						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
LÍQUIDOS		VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	
Contição final op:		BEH, acordado, eufórico				
Intercorrências per. op:		✓				
		Ass. Anestesiista - CRM				
		Amélia Dantas				
		21/9/13				

GASTOS DO ANESTESISTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1]

Nº: 58525279 15/09/2020 às 12:46

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S82	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S828	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	15/09/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	12:46	[1]

Cirurgia	trat. cir. fratura de tibia enxerto osseo reparo ligamentar retirada de fixador externo	[1]
----------	--	-----

Cirurgião	Dr Bruno Botelho	[1]
-----------	------------------	-----

1º Auxiliar	Dr Rafael Bezerra	[1]
-------------	-------------------	-----

Anestesista	Dra Analu Barros	[1]
-------------	------------------	-----

Descrição Cirúrgica	Decúbito dorsal Assepsia e antissepsia Retirada de fixador externo Nova assepsia Acesso anterior ao joelho Divulsão por planos Redução dos fragmentos Passagem de fio guia Fresagem do canal com enxerto osseo do endóstio Estabilização haste intramedular de tibia Bloqueio proximal e distal Controle radiográfico Reparo ligamentar do joelho Hemostasia e limpeza Sutura por planos Curativo estéril	[1]
---------------------	--	-----

Códigos Dos Procedimentos

30727138, senha D81662470
30732026, senha D81666655
30710057, senha D81667463
30726190, senha D81667157

Botelho
Médico
CRM 9329

15/09/2020 11:52

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente:	FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.:	21/07/1985	Atendimento:	68794036	Prontuário:	3852896
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133420/1		
Profissional(is):	PEDRO AUGUSTO OLIVEIRA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1432640 [1] PEDRO AUGUSTO OLIVEIRA DOS SANTOS COREN 1432640 [2]			Nº:	58522673	15/09/2020	às 11:45

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	15/09/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	11:35	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	ESQUERDA.	[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]
Cheragem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Cheragem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
	SIM.	

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/09/2020 11:52

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1	

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas		[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]
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

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/09/2020 13:11

Paciente:	FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.:	21/07/1985	Atendimento:	68794036	Prontuário:	3852896
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133420/1		
Profissional(is):	FRANCILANE ARAUJO DOS SANTOS COREN 939134 [1] PEDRO AUGUSTO OLIVEIRA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1432640 [2] PEDRO AUGUSTO OLIVEIRA DOS SANTOS COREN 1432640 [3]			Nº:	58523053	15/09/2020	às 11:53

PACIENTE

Identificação Do Paciente	FLAVIO DA SILVA SANTIAGO	[2]
Data De Admissão	15/09/2020	[2]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	ELETIVA.	[2]
Data Da Cirurgia	15/09/2020	[2]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA	[2]
Pulseira De Identificação	MSD.	[2]
Comorbidades	NEGA	[2]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[2]
Alergia- Descrição	NEGA	[2]

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento		[2]
Hora	11:05	[2]
Sala	05	[2]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	COM LESÃO EM MIE E MSE	[2]
Início Da Anestesia	11:10	[2]
Término Da Anestesia	12:45	[3]
Início Da Cirurgia	11:35	[2]
Término Da Cirurgia	12:40	[3]
Instrumentador	NONATA (PARTICULAR) + BRENO (RICHAD'S)	[2]
Circulante	PEDRO + FRANCILANE	[2]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL.	[2]
Membro Ou Lado A Ser Operado	15	[2]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	35 UD	[1]
Exames De Imagem	Sim	[2]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[2]
Clorexedine Degermante	Sim	[2]
Material	HASTE DE TIBIA	[2]
Fornecedor	RICHAD'S	[2]
Data Da Esterilização	14/03/2020	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/09/2020 13:11

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1	

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	COM SUTURA E CURATIVO	[2]
--	-----------------------	-----

Grau De Contaminação	LIMPA	[2]
----------------------	-------	-----

Encaminhamento Do Paciente	SRPA	[2]
----------------------------	------	-----

Encaminhamento Do Paciente		
----------------------------	--	--

Horário De Saída Da S.O	12:50	[1]
-------------------------	-------	-----

SINAIS VITAIS

Pulso	67 bpm	[2]
-------	--------	-----

PA	142X96	[2]
----	--------	-----

PAM	111	[2]
-----	-----	-----

FC	67 bpm	[2]
----	--------	-----

OUTROS DADOS E SINAIS

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

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	15/09/2020	[2]
------	------------	-----

Hora	12:05	[2]
------	-------	-----

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	ÀS 11:05 CLIENTE FOI ADMITIDO NO C.C. PARA SUBMETER-SE APROCEDIMENTO CIRURGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA DE TIBIA COM DR BRUNO BOTELHO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM MACA. EUPNEICO EM A.A. COM AVP EM MSD PERVIO. ÀS 11:10 FOI SUBMETIDA A ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO PELO DRA ANALU (ANESTESISTA). CIRURGIA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS. ENCAMINHADO PARA SRPA COM SUTURA E CURAVITO.	[2]
------------	---	-----

Eletrodos	TORAX	[3]
-----------	-------	-----

Incisão Cirúrgica	TIBIA ESQUERDA	[3]
-------------------	----------------	-----

Punções Venosas	MSD	[3]
-----------------	-----	-----

Coxim	POSTERIOR A POPLITEA	[3]
-------	----------------------	-----

PÓS-OPERATÓRIO



ANTONIO
PRUDENTE

DT: 12/09/2020

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA
CHECK LIST DE PRONTUÁRIO

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO, 35 ANOS.

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.			
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 checadas 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		RX + CONDUTA ()
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		CVP
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)?			
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)		X	

Jefferson F. Carneiro
(CREVCE 519.637-ENF)

Assinatura do enfermeiro _____

Assinatura do enfermeiro Líder _____

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc. 21/07/1985

Nº Prescrição: 27899186

12/09/2020 às 21:12

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Peso: 85,00 kg

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 1334201

POS ACORDADO(A).

CRM-11736

1. DIETA: GERAL-ADULTO PARA POS-CIRURGIA

33h ORAL

14,00 gts/min

Acesso Periférico

CRM-11736

2. Hidratação Venosa 2 Fases

Vol Total 500 ml

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

18,52 ml/caldia

500 ml

1 FRAP (FRAP CI 1GR)

66h

EV

CRM-11736

3. CEFALOTINA (1.00g) - (D1/2)

Soro Fisiológico 0,9%

1g

100 ml

(AMPL CI 80MG)

24/24h

EV

CRM-11736

4. GENTAMICINA (40,00mg/ml) (D1/2)

Soro Fisiológico 0,9%

240mg

2 ML

(AMPL CI 80MG)

88h

EV

CRM-11736

5. PLAMET (5,00mg/ml)

Água Destilada

10mg

2 ML

(AMPL CI 10MG)

88h

EV

CRM-11736

6. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP

(FRAP CI 100MG)

12/12h

EV

CRM-11736

7. TRAMAL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML

(AMPL CI 100MG)

88h

EV

CRM-11736

Ata vigilância

8. DIPIRONA (500,00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

2 ML

(AMPL CI 500MG)

66h

EV

CRM-11736

9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

10. CURATIVO GRANDE+SF+GAZE ACOLCHOADA

SN

CRM-11736

1. PUNÇÃO CI JELCO

SN

CRM-11736

2. SINAS VITAIS

SN

CRM-11736

3. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-11736

4. COMPRESSÃO COM ETR

Profissionais: CRM-11736 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

BRUNO MOTA ALBUQUERQUE
CRM-11736

BRUNO MOTA ALBUQUERQUE
CRM-11736

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

DL Nasc.: 21/07/1985
Nº Prescrição: 0027899186
Leito: 133420/1

Atendimento: 68794036
12/09/2020 às 21:12
Peso: 85.00 kg

Prontuário: 3852896

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA 3/3h ORAL

Prescritor: CRM-11736

POS
ACORDADO(A).

2. Hidratação Venosa 2 Fases Vol. Total: 500 ml

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

18.52 ml/Kcal/dia 500ml

Prescritor: CRM-11736

3. CEFALOTINA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 6/6h EV

(D1/2) Soro Fisiológico 0,9%

100ml

13/09-02:00

:

Prescritor: CRM-11736

4. GENTAMICINA (40.00mg/ml) 240mg 2ML (AMPL C/ 80MG) 24/24h EV

100ml

13/09-05:00

:

Prescritor: CRM-11736

5. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV

Água Destilada 18ml

Prescritor: CRM-11736

6. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV

Soro Fisiológico 0,9%

100ml

13/09-05:00

:

Prescritor: CRM-11736

7. TRAMAL (50.00mg/ml) 100mg 2ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9%

100ml

Alta vigilância
Prescritor: CRM-11736

8.

GENTAMICINA

AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1 ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR 1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML 1 EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD 1

RF-1531

LEANDRO FALCAO CRUZ

13/09/2020 01:05

IP- 182.85.4.101

Carilaine Fardale
Enfermeira
COREN-CE 554741

Diana Maria Cordeiro Botelho
MÉDICA
CRM-CE 21742

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dr. Nasc.: 21/07/1985
Nº Prescrição: 0027899186
Leito: 133420/1
Atendimento: 68794036
12/09/2020 às 21:12
Peso: 85.00 kg
Prontuário: 3852896

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000 mg 2 ML (AMP. C/ 500MG) 6/6h EV 13/09-05-00
Água Destilada 18 ml

Prescritor: CRM-11736

9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO
Prescritor: CRM-11736 SN

10. CURATIVO GRANDE+SF+GAZE
~~Prescritor: CRM-11736~~ SN

11. PUNCAO C/ JELCO
Prescritor: CRM-11736 SN

12. SINAIS VITAIS
Prescritor: CRM-11736 SN

13. RETIRADA DE DRENO DE
~~POBENACIN~~ CRM-11736 SN

14. COMPRESSÃO COM ÉTER
Prescritor: CRM-11736 SN

Profissionais: CRM-11736 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Reservado para o SIND
ENTEROFIX Ass.

Enfermeira
COREN-CE 654741

CRM
21742
N

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

DL Nasc.: 21/07/1985
Nº Prescrição: 0027899186
Leito: 133420/1

Atendimento: 68794036
12/09/2020 às 21:12
Peso: 85.00 kg

Prontuário: 3852896

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1				
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 5000ML GL 5	5				
GENTAMICINA 80 MG 2 ML AMPL 2 ML	3	ALGOAO HIDROFILIO - 500 GR	2				
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML TUBO 100 ML	1				
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML	1				
CETOPROFENO IV							
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 ML	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1				
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 5000ML GL 5	5	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	KEFLIN FRAP 1 UD	1				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1				
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	HV Vol>Total: 500.00 Vtg:					
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	YAMPA CONE LUER - 1 UD	1				
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1	TORNHEIRA 03 VIAS - 1 UD	1				
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1				
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1				
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	1				
ALGOAO HIDROFILIO - 500 GR	2	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1				
DIPIRONA							
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 5000ML GL 5	5						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1						
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML	1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1						
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1						
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	1						
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1						
ALGOAO HIDROFILIO - 500 GR	2						
CEFALOTINA							
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						

Flaviano Santiago
Ente Hospital
CORENCE 554741

Deborah Maria Condato Praciato
MÉDICA
CREMEC 21.742

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27898932	12/09/2020 às 20:21	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1	Enfermeiro(a): GABRIELA MAXIMIANO DA COSTA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO			
Profissionais:			

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
TRAUMATISMO
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mando:

9 - DOR AGUDA/CRÔNICA

Relacionado a: REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS

Mando:

GABRIELA MAXIMIANO DA COSTA
Enfermeiro(a)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3652896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27898937	12/09/2020 às 20:22	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: GABRIELA MAXIMIANO DA COSTA (COREN 598082)			
1 - OBSERVAR			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Observado		
Nível de Consciência	Observado		
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Observado		
PADRAO RESPIRATÓRIO	Observado		
TGI	Observado		
TGU	Observado		
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Observado		
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Observado		
VIA AÉREA PÉRVIA	Observado		
6 - SUPERVISIONAR			
ACEITAÇÃO DA DIETA	Observado		
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	Observado		
VALIDADE DAS MEDICAÇÕES	Observado		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	Observado		
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Observado		
ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS	Observado		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Gabriela Maximiano da Costa
COREN-CE 598082-ENF

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27899732	12/09/2020 às 23:11	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 214-RP/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 52148Z [1]			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Marcado:	[X] OK
--	----------	--------

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Marcado:	[X] OK
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Marcado:	[X] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS	Marcado:	
---------------	----------	--

4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA	Marcado:	
-------------------------------	----------	--

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Marcado:	
-----------------------------	----------	--

Leandro Alcão Cruz
COREN-RS 52148Z-ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
12/09/2020 23:13

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO Dt. Nasc.: 21/07/1985 Atendimento: 68794036 Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA Nº Prescrição: 27899732 12/09/2020 às 23:11
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES Leito: 214-RP/1 Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas

Mando: [1] OK

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mando: [1] OK

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mando: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS

Mando:

4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA

Mando:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mando:

Sarah Joliana Saunders Guedes
Enfermeiro(a) - UFPA
CE 521.482 - 100

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
13/09/2020 12:43 AM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27899734	12/09/2020 às 23:13	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Leito: 214-RP/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Usado		
MONITOR CARDÍACO	Usado		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Usado		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Leandro Pação Cruz
COREN-CE 571.186-ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 88794036	Prontuário: 3852898
Convênio: HAP/VIDA	Nº Prescrição: 27899734	12/09/2020 às 23:13	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 214-RP/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			

1 - ADMITIR/INSTALANDO

OXIMETRO DE PULSO	Muñedo
-------------------	--------

MONITOR CARDÍACO	Muñedo
------------------	--------

2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO

PADRAO RESPIRATÓRIO	Muñedo
---------------------	--------

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah J. Saunders Guedes
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES
COREN 521482 - RJ

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 214-RP/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 58437323 12/09/2020 às 23:04

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid.	[1]
Evolução de enfermagem	23:04 - F.S.S., 35 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE LIMPEZA CIRÚRGICA + FASCIOTOMIA ANTERIOR DA PERNA + FIXAÇÃO EXTERNA DA PERNA ESQUERDA COM DR BRUNO MOTA E SOB ANESTESIA RAQUI COM DR GUSTAVO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE, SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD E CVP EM MSD PÉRVIO PARA HV + TM. ATB: CEFALOTINA + GENTAMICINA. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. CURATIVO EM FO INTEGRAL, LIMPO E SECO. COM CURATIVO EM MSE LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO. SSVV: PA: 148 X 82 MMHG, FC: 81 BPM, FR: 14 MRPM, SATO2: 98% MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENF JOLIANA SAUNDERS 521482	[1]
ALERGIAS		
Alergias	NEGA	[1]
AValiação DE DOR		
Dor (0 A 10)	0	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES
ENFERMEIRO(A) COREN 521482

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

13/09/2020 00:42

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4018/1

Profissional(is): LEANDRO FALCAO CRUZ, ENFERMEIRO(A), COREN 571186 [1]

Nº: 58438843 13/09/2020 às 00:40

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19

Paciente Não Covid.

Evolução de enfermagem

PLANTÃO SN

[1]

[1]

- F.S.S., 35 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE PROCEDENTE DA RPA NO POI DE LIMPEZA CIRÚRGICA + FASCIOTOMIA ANTERIOR DA PERNA + FIXAÇÃO EXTERNA DA PERNA ESQUERDA COM DR BRUNO MOTA E SOB ANESTESIA RAQUI COM DR GUSTAVO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE, SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD E CVP EM MSD PÉRVIO PARA HV + TM. ATB: CEFALOTINA + GENTAMICINA. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. CURATIVO EM FO ÍNTEGRO, LIMPO E SECO. COM CURATIVO EM MSE LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

ALERGIAS

Alergias

NEGA

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

[1]

[1]

Leandro Falcão Cruz
COREN-CE-571.186-ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 20:21

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1	
Profissional(is): GABRIELA MAXIMIANO DA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 598062 [1]	Nº: 58433848	12/09/2020	às 20:17

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19

Paciente Não Covid.

[1]

Evolução de enfermagem

 ## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM##
PLANTÃO SN 12/09/2020

[1]

FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO, 35 ANOS

HD: FRATURA DE TIBIA

ALERGIA: NEGA

COMORBIDADES: NEGA

JEJUM DESDE AS 13H

EVOLUI NO MOMENTO: CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICA EM AR AMBIENTE, RESTRITO AO LEITO. EM JEJUM PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO. CONCILIA BEM SONO E REPOUSO. DIURESE E EVACUAÇÕES ESPONTANEAS PRESENTES NO PERIODO. AVP EM MSD PERVIO E SEM SINAIS FLOGISTICOS. REALIZOU EXAMES DE ECG. EXAMES LABORATORIAIS E RAO X.

SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA: manter leito com grade elevada;

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: manter cabeceira elevada;

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: atenção ao manuseio, orientar o paciente quanto aos dispositivos em uso;

RISCO DE LP: realizar mudança de decúbito, utilizar coxin e travesseiros. Manter colchões pneumáticos.

RISCO DE FLEBITE: inspecionar membro acometido com dispositivo periférico, realizar desinfecção das conexões, monitorar temperatura e avaliar sinais de desconforto no local do CVP.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

Perda De Dispositivos

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSD

[1]

Gabriela Maximiano da Costa
COREN-CE 598.062-ENF

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Flaviana da Silva Santiago
Data de nascimento	21/07/85
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Aureliano (esposa)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Tibia

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Exercim?	X		
Possui alergia a medicação?		X	
Faz uso de alguma medicação?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Admite próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		MSD

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Baixo pré-operatório				
Pré-operatório cirúrgico				

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

4. SSVV:

PA 2322/1105
T 36.4
FC 26
FR 38
5022098

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E OUTRAS MEDIDAS

HORA	T (°C)	PA (mmHg)	FC (bpm)	FR (mrpm)	PAM (mmHg)	SPO ₂ (%)	PVC (cmH ₂ O)	PIc (mmHg)	DX (mg/dl)	RESPONSÁVEL
Dado Aplicável										
07:00h										
08:00h										
09:00h										
10:00h										
11:00h										
12:00h										
13:00h										
14:00h										
15:00h	36,2	130x100	97	22		96%				
16:00h										
17:00h										
18:00h										
19:00h										
20:00h										
21:00h										
22:00h										
23:00h										
24:00h										
01:00h										
02:00h										
03:00h										
04:00h										
05:00h										
06:00h										

T = TEMPERATURA / PA = PRESSÃO ARTERIAL / FC = FREQUENCIA CARDIACA / PAM = PRESSÃO ARTERIA MEDIA / SPO₂ = SATURAÇÃO DE O₂PACIENTE: *Gláucio da Silva Santiago*

IDADE:

PRONTUARIO: *68491631*

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc. 21/07/1985
Nº Prescrição: 27899188
Leito: 4018/1

13/09/2020 às 06:00

Atendimento: 68794036
Prontuário: 3852896
Peso: 85,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

333n ORAL

POS ACORDADO(A).

CRM-14108

2. Hidratação Venosa

2 Fases

Vol Total

500 ml

+

14,00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-14108

3. CEFALOTINA (1.00g)

Soro Fisiológico 0,9%

1g

1 FRAP

(FRAP C/ 1GR)

6/6h

EV

CRM-14108

4. GENTAMICINA (400,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

240mg

2 ML

(AMPL C/ 80MG)

24/24h

EV

CRM-14108

5. PLANET (5,00mg/ml)

Água Destilada

10mg

2 ML

(AMPL C/ 10MG)

8/8h

EV

CRM-14108

6. CEIOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP

(FRAP C/ 100MG)

12/12h

EV

CRM-14108

7. IRAMAL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML

(AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

CRM-14108

Ata vigilância

8. DIPRONA (500,00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

2 ML

(AMPL C/ 500MG)

6/6h

EV

CRM-14108

9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

CRM-14108

10. CURATIVO GRANDE SF+GAZE ACOLOCADO

SN

CRM-14108

11. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

CRM-14108

12. SINAIS VITAIS

SN

CRM-14108

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-14108

14. COMPRESSÃO COM ETER

SN

CRM-14108

Profissional: CRM-14108

IACIO YURI MELO RAMOS DE LIMA

Iacio Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
Fones 14108 - TDDT 15380

Enfermeira
COREN-CE 554741

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

 Convenio: HAPVIDA

 Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 21/07/1985

 Nº Prescrição: 0027899188

 Leito: 4018/1

Atendimento: 68794036

 13/09/2020 às 06:00

 Peso: 85.00 kg

Emissão 13/09/2020 10:14

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

 Prescritor: CRM-14108

 3/3h ORAL

POS

 ACORDADO(A).

HORÁRIOS

2. Hidratação Venosa

 2 Fases

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

 Prescritor: CRM-14108

Vol. Total:	500 ml	14	gts/min Acesso Periférico
18.52 ml/Kcal/dia	500ml		
			17:00 : 14/09 - 05:00 ;

3. CEFALOTINA (1.00g)

 Soro Fisiológico 0,9%

1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	6/6h	EV
100ml			
			09:00 : 15:00 : 21:00 : 14/09 - 03:00 ;

Prescritor: CRM-14108

 4. GENTAMICINA (40.00mg/ml)

 Soro Fisiológico 0,9%

240mg	2 ML (AMPL C/ 80MG)	24/24h	EV
100ml			
			14/09 - 05:00 ;

Prescritor: CRM-14108

 5. PLAMET (5.00mg/ml)

 Agua Destilada

10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV
18ml			

Prescritor: CRM-14108

 6. CETOPROFENO IV (100.00mg)

 Soro Fisiológico 0,9%

100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV
100ml			
			17:00 : 14/09 - 05:00 ;

Prescritor: CRM-14108

 7. TRAMAL (50.00mg/ml)

 Soro Fisiológico 0,9%

100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV
100ml			
			13:00 : 21:00 : 14/09 - 05:00 ;

Alta vigilância

 Prescritor: CRM-14108

8.

DIPIRONA

LAVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA

 1

ALCOOL 70% (USO TOPICO) LQ 500ML GL 15

 DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML

1

 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 1

RP1531

ANA DAVILA DA SILVA

13/09/2020 10:14

IP: 192.85.4.101

Debora Mota Contino Pradino

 MÉDICA

 CREMEC-21.742

DANIELA

 CPF: 559.892-21

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dr. Nasç.: 21/07/1985
 Nº Prescrição: 0027899188
 Leito: 4018/1

Atendimento: 68794036
 13/09/2020 às 06:00
 Peso: 85.00 kg

Prontuário: 3852896

Emissão 13/09/2020 10:14

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIPIRONA (500.00mg/ml) = 1000mg
 Água Destilada 2 ML 18 ml (AMPL C/ 500MG)

6/6h EV

11:00 : 17:00 : 23:00 : 14/09 - 05:00

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-14108

9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO
 Prescritor: CRM-14108

SN

10. CURATIVO GRANDE+SF+GAZE
 Prescritor: CRM-14108

11:00 :

11. PUNÇÃO C/ JELCO
 Prescritor: CRM-14108

SN

12. SINAIS VITAIS
 Prescritor: CRM-14108

12:00 :

13. RETIRADA DE DRENO DE
 Prescritor: CRM-14108

SN

14. COMPRESSÃO COM ÉTER
 Prescritor: CRM-14108

SN

Profissionais: CRM-14108

TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA

Reservado para o SNU
 ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Debora Rosa Cordeiro Pinheiro
 MÉDICA
 CREMEC 21.742

Ana Dávila da Silva
 Coren-CE 559.892-EI

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dr. Nasc.: 21/07/1985
Nº Prescrição: 0027899188
Leito: 4018/1

Atendimento: 68794036
13/09/2020 às 06:00

Prontuário: 3852896

Emissão 13/09/2020 10:14

Peso: 85.00 kg

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML AMPL 10 ML 2	2				
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	2	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	2				
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1	1						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1						
Curativo Grande-Sf-Gaze Adichoad							
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100						
CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50	50						
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 10 PA	1						
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3						
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML AMPL 10 ML 4	4						
TRAMAL							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML AMPL 10 ML 1	1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML 1	1						
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1						
TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 1	1						
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	2						
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 1	1						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1						
ECUJO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
CEFALOTINA							
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 2	2						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	2						
AMPA CONE LUER - 1 UD	2						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4						
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2						
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 5000ML GL 20	8						
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	20						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	2						
EFILIN TRAP 1 UD	2						

Deborah Mota Condeiro Praticante
MÉDICA
CREMEC 21.742

ANA DAVILA
Crem-CE 589.892-ENI

RP1531

ANA DAVILA DA SILVA

13/09/2020 10:14

RP - 192.85.4.101

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
14/09/2020 02:26

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 27909230

14/09/2020 às 02:25

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4018/1

Enfermeiro(a): TICIANA BARROS DE SOUSA

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO

Profissionais:

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE

Mantido:

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades

Mantido:

Laterais Levantadas

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido:

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mantido:

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR

Mantido:

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS

Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Manhã Tarde Noite

Ticiana Barros de Sousa Almeida
Enfermeira
COREN-CE 594045

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
14/09/2020 02:27 AM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO		Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 27909233	14/09/2020 às 02:26	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR		Leito: 4018/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA				
Profissionais: TÍCIANA BARROS DE SOUSA (COREN 594845)				
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO				
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite	
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite	
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Manhã	Tarde	Noite	
Sinais Vitais- Temperatura	Manhã	Tarde	Noite	
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite	
Pressão Arterial	Manhã	Tarde	Noite	
CIAANOSE EXTREMIDADES	Manhã	Tarde	Noite	
ATIVIDADE MOTORA	Manhã	Tarde	Noite	
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite	
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Manhã	Tarde	Noite	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS				

Ticiânia Barros de Sousa Almeida
Enfermeira
COREN-CE 594845

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO Dt. Nasc.: 21/07/1985 Atendimento: 68794036 Prontuário: 3852896
 Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0027902418 14/09/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 4B - HAPFOR Leito: 4018/1 Peso: 85.00 kg Emissão 14/09/2020 13:48

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA 3/3h ORAL

Prescritor: CRM-8260

POS
ACORDADO(A).

2. Hidratação Venosa 2 Fases Vol. Total: 500 ml 14 gts/min Acesso Periférico

SORO FISIOLÓGICO 0.9%

18.52 ml/Kcal/dia 500ml

Prescritor: CRM-8260

3. CEFALOTINA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/1GR) 6/6h EV

Soro Fisiológico 0.9%

Prescritor: CRM-8260

4. GENTAMICINA (40.00mg/ml) 240mg 2 ML (AMPL C/ 80MG) 24/24h EV

Soro Fisiológico 0.9%

Prescritor: CRM-8260

5. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV

Água Destilada

Prescritor: CRM-8260

6. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV

Soro Fisiológico 0.9%

Prescritor: CRM-8260

7. TRAMAL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0.9%

Prescritor: CRM-8260

8.

PLAMET

BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL. INJ AMPL 2ML 1 ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 5 ALGODAO HIDROFEO - 500 GR 2 SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1

Ente...
CORFUC 55474

Depto. Med. Cirurg.
MEDICA
CRM-8260

RISCO DE Queda
RISCO DE UPP
RISCO DE FLEBITE
RISCO DE BRONCOESPASMO
RISCO DE PERDA DE Glicose

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 21/07/1985
Nº Prescrição: 0027902418
Leito: 4018/1
Atendimento: 68794036
14/09/2020 às 06:00
Peso: 85.00 kg

Prontuário: 3852896

Emissão 14/09/2020 13:48

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIPIRONA (500.00mg/ml)
Água Destilada

1000mg
2 ML
18ml

(AMP. C/
500MG)

6/6h

EV

HORÁRIOS

~~11:00~~

~~17:00~~

~~23:00~~

~~15/09 - 05:00~~

Prescritor: CRM-8260

9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO
Prescritor: CRM-8260

SN

10. CURATIVO GRANDE + SF + GAZE
~~Prescritor: CRM-8260~~

~~11:00~~

~~17:00~~

~~23:00~~

~~15/09 - 05:00~~

11. PUNÇÃO C/ JELCO
Prescritor: CRM-8260

SN

12. SINAIS VITAIS
Prescritor: CRM-8260

~~12:00~~

~~17:00~~

~~23:00~~

~~15/09 - 05:00~~

13. RETIRADA DE DRENO DE
~~Prescritor: CRM-8260~~

SN

14. COMPRESSÃO COM ÉTER
Prescritor: CRM-8260

SN

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SNH

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Doutor *Marcelo C. Pazinato*
MÉDICO
CREMEC 21.142

Paula S. Pazinato
Enfermeira
COREN-CE 554711

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

15/09/2020 13:33

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 218-RPT

Profissional(is): SAYURI NUNES, ENFERMEIRO(A), COREN 599266 [1]

Nº: 58526894 15/09/2020 às 13:32

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE F.S.S. 35 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA ÀS 13:00 PROVENIENTE DO CC EM POI DE FRATURA DE TIBIA ESQUERDA REALIZADA PELO DR BRUNO BOTELHO SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM A DRA ANALU. NO MOMENTO EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO EM AA, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, SATURANDO 96%, ESTÁ COM AVP EM MSD - PÉRVIO EM HV + TM SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD, CURATIVO LIMPO E SECO EM MIE E MSE, SEM QUEIXAS ALGICAS. AGUARDA ALTA ANESTÉSICA. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

[1]

ALERGIAS: NEGA
COMORBIDADES: NEGA

GERENCIAMENTO DE RISCO:

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

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

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM
DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS
CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE
DESCONFORTO.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

AVALIAÇÃO DE RISCO

[1]

Flebite

Sim

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

Perda De Dispositivos

Sim

DISPOSITIVOS

[1]

Acesso Venoso Periférico

Sim

Especificar

MSD

[1]

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/09/2020 00:28

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFC

Leito: 4018/1

Profissional(is): LEANDRO FALCAO CRUZ, ENFERMEIRO(A), COREN 571186 [1]

Nº: 58507736 15/09/2020 às 00:28

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19

Paciente Não Covid.

[1]

Evolução de enfermagem

PLANTÃO SN

[1]

- F.S.S., 35 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE PROCEDENTE DA RPA NO POI DE LIMPEZA CIRÚRGICA + FASCIOTOMIA ANTERIOR DA PERNA + FIXAÇÃO EXTERNA DA PERNA ESQUERDA COM DR BRUNO MOTA E SOB ANESTESIA RAQUI COM DR GUSTAVO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE, SEM QUEIXAS ALGICAS ATÉ O MOMENTO, COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD E CVP EM MSD PÉRVIO PARA HV + TM. ATB: CEFALOTINA + GENTAMICINA. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. CURATIVO EM FO ÍNTEGRO, LIMPO E SECO. COM CURATIVO EM MSE LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Leandro Falcão Cruz
COREN-CE 571.186-ENF

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	
Data de nascimento	
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Maria Aurilene (Esposa)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Tibia

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		21:00h
Possui alergia a medicação?		X	
Faz uso de alguma medicação?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		Colocação de fixador externo
Identificação com pulseira	X		MSD

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

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

4. SSVV:

PA	
T	
FC	
FR	

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Id. Nasc. 21/07/1985
Nº Prescrição: 27910979
Leito: 40181

Atendimento: 68794036
Prontuário: 3852896
Peso: 85.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO PARA POS-CIRURGIA

POS ACORDADO(A).

CRM-8260

2. Hidratação Venosa

2 Fases

14.00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-8260

SORO FISIOLÓGICO 0.9%

18.52

Vol. Total

500 ml

500 ml

14.00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-8260

3. CEFALOTINA (1.00g)

1g

1 FRAP

(FRAP C/1GR)

6/6h

EV

CRM-8260

Soro Fisiológico 0.9%

100 ml

100 ml

14.00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-8260

4. GENITAMICINA (40.00mg/ml)

240mg

2ML

(AMPL C/80MG)

24/24h

EV

CRM-8260

Soro Fisiológico 0.9%

100 ml

100 ml

14.00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-8260

5. PLANET (5.00mg/ml)

10mg

2ML

(AMPL C/10MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Água Destilada

18 ml

18 ml

14.00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-8260

6. CETOPROFENO IV (100.00mg)

100mg

1 FRAP

(FRAP C/100MG)

12/12h

EV

CRM-8260

Soro Fisiológico 0.9%

100 ml

100 ml

14.00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-8260

7. IRAMAL (50.00mg/ml)

100mg

2ML

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Soro Fisiológico 0.9%

100 ml

100 ml

14.00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-8260

Ata vigilância

8. DIPIRONA (500.00mg/ml)

1000mg

2ML

(AMPL C/500MG)

6/6h

EV

CRM-8260

Água Destilada

18 ml

18 ml

14.00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-8260

9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

10. CURATIVO GRANDE+SF+GAZE ACOLCHOADA

SN

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

1. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

2. SINAIS VITAIS

SN

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

3. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

4. COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

SN

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV

CRM-8260

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão 15/09/2020 15:30

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 4B - HAPFOR
 DL Nasc.: 21/07/1985
 N° Prescrição: 0027910979
 Leito: 4018/1
 Atendimento: 6879/4036
 15/09/2020 às 06:00
 Peso: 85.00 kg
 Pontuário: 3852896

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA 3/3h ORAL
 POS ACORDADO(A).

Prescritor: CRM-16854

2. Hidratação 2 Fases

Venosa

Vol. Total: 500 ml

14 gts/min Acesso Periférico

SORO FISIOLÓGICO 0,9%
 Prescritor: CRM-16854

18.52 ml/Kcal/dia

500ml

1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 6/6h EV

~~09:00~~

: 17:00

: 23:00

: 16/09-05:00

3. CEFALOTINA (1.00g)
 Soro Fisiológico 0,9%

1g

100ml

1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 6/6h EV

~~09:00~~

: 17:00

: 23:00

: 16/09-05:00

Prescritor: CRM-16854

4. GENTAMICINA (40.00mg/ml)
 Soro Fisiológico 0,9%

240mg

2 ML (AMPL C/ 80MG)

24/24h EV

16/09-05:00

:

:

:

Prescritor: CRM-16854

5. PLAMET (5.00mg/ml)
 Água Destilada

10mg

2 ML (AMPL C/ 10MG)

8/8h EV

~~09:00~~

: 17:00

: 16/09-01:00

:

Prescritor: CRM-16854

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

100mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG)

12/12h EV

17:00

: 16/09-05:00

:

:

Prescritor: CRM-16854

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

100mg

2 ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h EV

13:00

: 21:00

: 16/09-05:00

:

Alta vigilância
 Prescritor: CRM-16854

8.

PLAMET
 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 2

ALCOBOL HIDROFÓLO - 500 GR

4

SERINGA DE DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2

LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA

2

Ana Dávila da Silva
 Coren-CE 559.692-215

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 21/07/1985
Nº Prescrição: 0027910979
Leito: 4018/1
Atendimento: 68794036
15/09/2020 às 06:00
Peso: 85.00 kg

Prontuário: 3852896

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIPIRONA (500.00mg/ml)
Água Destilada

1000mg 2 ML (AMPL C/ 500MG)
18 ml

6/6h EV

11:00 : 17:00 : 23:00 : 16:09 - 05:00

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-16854

9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO
Prescritor: CRM-16854

SN

10. CURATIVO GRANDE + SF + GAZE
Prescritor: CRM-16854

11:00 :

11. PUNÇÃO C/ JELCÔ
Prescritor: CRM-16854

SN

16:00 :

12. SINAIS VITAIS

Prescritor: CRM-16854

12:00 :

13. RETIRADA DE DRENO DE
Prescritor: CRM-8260

SN

Suspensão às
12:45 hs de
15/09/20

14. COMPRESSÃO GOMETER
Prescritor: CRM-8260

SN

Suspensão às
12:45 hs de
15/09/20

Profissionais: CRM-16854

FRANCISCO THALES ANDRADE MESQUITA

Reservado para o SIND

ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasç.: 21/07/1985
Nº Prescrição: 0027910979
Leito: 4018/1

Atendimento: 68794036
15/09/2020 às 06:00
Peso: 85.00 kg

Prontuário: 3852896

GASTOS	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
TRAMAL								
TAMPA CONE LUER - 1 UD	2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 1	1					
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	2	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5					
BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML 2	2	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1					
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML 1	1					
AGUA DE DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	2	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1					
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	1					
CETOPROFENO IV								
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2					
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1					
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 1	1					
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2					
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 5000ML GL 5	5	CEFALOTIMA						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2					
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 1	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4					
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 2	2					
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2					
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 2	2	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 5000ML GL 20	20					
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	2					
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20					
DIPIRONA								
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8					
AGUA DE DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 2	2					
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	2	KEFLIN FRAP 1 UD	2					
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2					
TAMPA CONE LUER - 1 UD	2	TAMPA CONE LUER - 1 UD	2					
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	AGUA DE DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	2					
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2	HV Vol Total: 500.00 Via:						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1					
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 5000ML GL 30	30	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	1					
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 2	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1					
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML 2	2	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1					
Curativo Grande - St-Gaze Alcolhada								
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 4	4	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1					
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 1	1					
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 3	3							
CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50	50							
MCROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100							

Ana Dávila da Silva
Coren-CE 659/892-ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
16/09/2020 02:12

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	DT. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27932254	16/09/2020 às 02:11	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4018/1	Enfermeiro(a):	TICIANA BARROS DE SOUSA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Manhã	Tarde	Noite
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Manhã	Tarde	Noite
LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Manhã	Tarde	Noite

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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

Ticiane Barros de Sousa Almeida
Enfermeira
COREN-SP 53445



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
16/09/2020 02:12 AM
q1152_02

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27932256	16/09/2020 às 02:12	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 401B/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: TÍCIANA BARROS DE SOUSA (COREN 594845)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	Manhã	Tarde	Noite
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
Pressão Arterial	Manhã	Tarde	Noite
CIANOSE EXTREMIDADES	Manhã	Tarde	Noite
ATIVIDADE MOTORA	Manhã	Tarde	Noite
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Ticiânia Barros de Sousa Almeida
Ticiânia Barros de Sousa Almeida
Enfermeira
COREN-CE 594845

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27926801	15/09/2020 às 13:33	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 218-RP/1	Enfermeiro(a):	SAYURI NUNES
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO			

Profissionais:

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Manhã Tarde Noite

12 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: SEDATIVOS

Movimentar O Paciente De Forma Segura

Mantido:

MANTER GRADES LATERAIS ELEVADAS

Mantido:

PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
15/09/2020 01:35 PM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27926885	15/09/2020 às 13:34	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 218-RP/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SAYURI NUNES (COREN 599266)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXÍMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
12 - CHECAR			
CHECAR PRESCRIÇÕES MÉDICA E ENFERMA	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
5 - POSICIONAR			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Manhã	Tarde	Noite
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

[Handwritten signature]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27919537	15/09/2020 às 21:53	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4018/1	Enfermeiro(a):	LEANDRO FALCAO CRUZ
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Método:
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Método:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Método:
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Método:
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Método:
LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Método:

7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO

Orientar Sobre O Risco De Queda	Método:
PROMOVER AMBIENTE SEGURO	Método:
MANTER LEITO E GRADES LATERAIS ELEVADAS	Método:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Método:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Método:

Leandro Falcão Cruz
COREN-CE: 580186-ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27919541	15/09/2020 às 21:55	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4018/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: LEANDRO FALCAO CRUZ (COREN 571186)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Muito		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Muito		
ELIMINAÇÕES	Muito		
ACEITAÇÃO DA DIETA	Muito		
ATIVIDADE MOTORA	Muito		
CIANOSE EXTREMIDADES	Muito		
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Muito		
Sinais Vitais- Temperatura	Muito		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Muito		
Pressão Arterial	Muito		
PADRAO RESPIRATORIO	Muito		
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Muito		
5 - ESTIMULAR			
ESTÍMULO A MOBILIZAÇÃO	Muito		
AUTO-CUIDADO	Muito		
ACEITAÇÃO DA DIETA	Muito		
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Muito		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Leandro Falcão Cruz
COREN-CE: 571.186-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 21/07/1985
Atendimento: 68794036
Nº Prescrição: 0027927755
16/09/2020 às 06:00
Leito: 4018/1
Peso: 85.00 kg

Prontuário: 3852896

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA 3/3h ORAL

POS
ACORDADO(A).

Prescritor CRM-8260

2. Hidratação Venosa	2 Fases	Vol. Total:	500 ml	14	gts/min Acesso Periférico	17:00	17/09 - 05:00
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	18.52	ml/Kcal/dia	500ml				
Prescritor CRM-8260							
3. GENTAMICINA (40,00mg/ml)	240mg	2 ML (AMPL C/ 80MG)	24/24h	EV	17/09 - 05:00		
Soro Fisiológico 0,9%	100ml						

Prescritor CRM-8260

4. CEFALOTINA (1.00g)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	6/6h	EV	11:00	17:00	23:00	17/09 - 05:00
Soro Fisiológico 0,9%	100ml							

Prescritor CRM-8260

5. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	09:00	PACIENTE RECUSA	17:00	
Água Destilada	18 ml				17/09 - 01:00			

Prescritor CRM-8260

6. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	13:00	21:00	17/09 - 05:00	
Soro Fisiológico 0,9%	100ml							

Alta vigilância

Prescritor CRM-8260

7. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV	17:00	17/09 - 05:00		
Soro Fisiológico 0,9%	100ml							

Prescritor CRM-8260

8.

PLAMET

AGUIA DE SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL. INJ AMPL 2ML 1	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	ALCOODAO HIDROFILIO - 500 GR	2
---------------------------------	---	---	------------------------	---	------------------------------	---

RP1531

CRISTIANE FURTADO BRAGA

16/09/2020 10:28

RP: 152.85.4.101

Carla de Souza
Enfermeira
COREN-GO 554741

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	DT. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Pronutário: 3852896
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0027927755	16/09/2020 às 06:00	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4018/1	Peso: 85.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS			
DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMP C/ 500MG)	6/6h	EV	11:00	: 17:00	: 23:00 : 17/09-05:00 ;
Água Destilada							
Prescritor: CRM-8260							
9.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO							
Prescritor: CRM-8260				SN			
10.CURATIVO GRANDE+SF+GAZE							
Prescritor: CRM-8260					11:00	:	
11.PUNCAO C/ JELCO							
Prescritor: CRM-8260				SN			
12.SINAIS VITAIS							
Prescritor: CRM-8260					12:00	:	
13.Alta em: 16/09/2020							
Alta dada por: RAFAEL BEZERIL NOGUEIRA				ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO			
Prescritor: CRM-8260							

Profissionais: CRM-8260 RAFAEL BEZERIL NOGUEIRA

Reservado para o SMO	
ENTEROFIX	Ass. _____
Legenda horário : <input type="radio"/> Indica item não administrado.	
_____ Indica item checado.	


Rafael Bezerril Nogueira
Enfermeiro
COREN-CE 55474

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dr. Nasc.: 21/07/1985
Nº Prescrição: 0027927755
Leito: 4018/1

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

16/09/2020 às 06:00
Peso: 85.00 kg

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
CEFALOTINA							
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1	1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1	1				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1	1				
SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1	1				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 1	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 10	10				
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1	SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 1	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 5	5	KEFLIN FRAP 1 UD 1	1				
DIPIRONA							
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1	ALGODAO HIPOFILO - 500 GR 4	4				
SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	1	TAMPA CONE LUER - 1 UD 1	1				
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML 1	1	SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	1				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1	1	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 10	10				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 1	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 5	5	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2	2				
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 1	1				
TAMPA CONE LUER - 1 UD 1	1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2	2						
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR 2	2						
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 15	15						
Curativo Grande-St+Gaze Acolchoada							
SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 4	4						
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1	1						
CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000ML 50	50						
MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM 100	100						
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C70 PCT 1 UD 3	3						
TRAMAL							
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD 1	1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 1	1						
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR 2	2						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2	2						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 5	5						
SORO FISIOLOGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 1	1						
SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML TUBO 100 A 1	1						
TAMPA CONE LUER - 1 UD 1	1						
TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 1	1						
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML 1	1						

Antonio Prudente
Enfermeiro
CON-CE 554741

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

16/09/2020 08:23

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4018/1

Profissional(is): CRISTIANE FURTADO BRAGA, ENFERMEIRO(A), COREN 554741 [1]

Nº: 58552966 16/09/2020 as 08:21

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19

Paciente Não Covid.

[1]

Evolução de enfermagem

POSTO 4B - MT

[1]

 PACIENTE F.S.S, 35 ANOS, SEXO MASCULINO
 ALERGIAS: NEGA
 COMORBIDADES: NEGA

 NO MOMENTO EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO.
 EUPNEICO EM AA, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO
 AVP EM MSD - PÉRVIO EM HV + TM SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.
 PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO LEGÍVEL EM MSD
 CURATIVO LIMPO E SECO EM MIE E MSE
 SEM QUEIXAS ALGICAS.
 SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

SEM RISCO DE LPP NO MOMENTO ...

GERENCIAMENTO DE RISCO:

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

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

 RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM
 DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS
 CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE
 DESCONFORTO.

ALERGIAS

[1]

Alergias

NEGA

DISPOSITIVOS

[1]

Acesso Venoso Periférico

Sim

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

16/09/2020 10:23

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Convenio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4018/1

Nº: 58558082 16/09/2020 às 10:19

Profissional(is): CRISTIANE FURTADO BRAGA, ENFERMEIRO(A). COREN 554741 [1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19

Paciente Não Covid. [1]

Evolução de enfermagem

POSTO 4B - MT [1]

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE F.S.S. 35 ANOS. SEXO MASCULINO

ALERGIAS: NEGA

COMORBIDADES: NEGA

NO MOMENTO EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO EM AA. MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO. AVP EM MSD - PÉRVIO EM HV + TM SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO LEGÍVEL EM MSD. CURATIVO LIMPO E SECO EM MIE E MSE. SEM QUEIXAS ALGICAS. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

SEM RISCO DE LPP NO MOMENTO ...

GERENCIAMENTO DE RISCO:

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

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

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO.

ALERGIAS

NEGA [1]

Alergias

DISPOSITIVOS

Sim [1]

Acesso Venoso Periférico

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Página 1 de 1

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

12/09/2020 22:57

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 214-RP/1

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 58437217 12/09/2020 às 22:57

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + FASCIOTOMIA ANTERIOR DA PERNA + FIXAÇÃO EXTERNA PERNA ESQUERDA SEM INTERCORRENCIAS [1]

CD ORIENTAÇÕES
PRESCREVO
MANter INTERNADO PARA ANTIBIOTICOTERAPIA

CID 10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

Dr. Bruno Mota Albuquerque
MÉDICO
CRM 11736

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 58434948 12/09/2020 às 21:07

IDENTIFICAÇÃO

Nome	FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	35 A 1 M	[1]
Data De Nascimento	21/07/1985	[1]
Nº Atendimento	68794036	[1]

DADOS DO PACIENTE

Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid.	[1]
-------------------------------	---------------------	-----

MÓDULOS DA INTERNAÇÃO

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

CONDIÇÕES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	LIMPEZA CIRURGICA + FASCIOTOMIA ANTERIOR PERNA + FIXAÇÃO EXTERNA DA TIBIA	[1]
-----------	---	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

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

Salda Certa

Motivo	FRATURA EXPOSTA PERNA	[1]
--------	-----------------------	-----

Dr. Bruno Mota Albuquerque
MÉDICO
CRM 11736

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

13/09/2020 08:41

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4018/1

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

Nº: 58443949 13/09/2020 às 08:40

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente


1º PO DE LIMPEZA CIRÚRGICA + FASCIOTOMIA ANTERIOR DA
PERNA + FIXAÇÃO EXTERNA PERNA ESQUERDA
PCT ESTAVEL, COM QUEIXAS DE DOR LEVE
CD: OTIMIZO ANALGESIA
MANTER INTERNADO PARA ANTIBIOTICOTERAPIA

[1]

CID 10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]


Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TCC 15369

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

16/09/2020 14:36

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4018/1	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]			
Nº: 58472251 14/09/2020 às 08:56			

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

2º PO DE LIMPEZA CIRÚRGICA + FASCIOTOMIA ANTERIOR DA
PERNA + FIXAÇÃO EXTERNA PERNA ESQUERDA [1]
PCT ESTAVEL, COM QUEIXAS DE DOR LEVE MAS AINDA COM
LINFEDEMA QUE INCAPACITA A SÍNTESE DE FINITIVA
CONDUTA - ELEVÇÃO DO MEMBRO E REAVALIAÇÃO AMANHÃ

CID 10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA [1]

Debora Mota Cordeiro Praciano
MÉDICA
CREMEC 21.742

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/09/2020 12:

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1]		Nº: 58525188	15/09/2020 às 12:44

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	Paciente retorna ao centro cirúrgico para tratamento cirurgico definitivo, conversão de fixação externa de fratura dos ossos da perna esquerda. Procedimento realizado sem intercorrências, dentro do programado. Segue para observação e recuperação pós-operatória. CD: VPM	[1]
CID 10	S828 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA	[1]

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 RQE 440

16/09/2020 09:40

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4018/1	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]	Nº: 58556128	16/09/2020	às 09:39

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	1 PÓS OP DE SPINTESE DEFINITIVA EM PERNA ESQ COM HIB EVOLUI ESTAVEL SEM DOR MAS PERSISTE COM NEUROPRAXIA ALTA DE MSE SUGESTIVO DE LESÃO DE PLEXO BRAQUIL PÓS ACIDENTE ALTA HOSPITALAR	[1]
CID 10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

16/09/2020 14:36

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4018/1	

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]	Nº: 58556128	16/09/2020	às 09:39
--	--------------	------------	----------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	1 PÓS OP DE SPÍNTESE DEFINITIVA EM PERNA ESQ COM HIB EVOLUI ESTAVEL SEM DOR MAS PERSISTE COM NEUROPRAXIA ALTA DE MSE SUGESTIVO DE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL PÓS ACIDENTE ALTA HOSPITALAR	[1]
CID 10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

Debora Mota Condeiro Prudente
MÉDICA
CREMEC 21.742

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Geol Sedação + Rapi 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 anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

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

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

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

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

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

15 de 09 de 2020

Hora: _____

Nome legível: X 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.

Assinatura 1913

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



ANTONIO
PRUDENTE

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): histero sigm 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 ____.

Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, Dr. Bruno Botelho, CRM N° 7327, 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, 15 de Setembro de 20 20.

Assinatura/ Carimbo do Médico

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7327 ROF RJ



Faz bem pra você

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Flaviane do Silveiro Santiago

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
65 kg	177	124 mm	72	36	18	Sólidos: <u>2h</u> Líquidos: <u>8h</u>	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
<u>Prolapso Têtil</u>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA																										
Cardio-circulatório <input type="checkbox"/> Negativo Tolerância ao exercício <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras Respiratório <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras Gastrointestinal/hepático <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito/ diarreia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras Neurológico <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Outras Renal <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras Hematológico <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Outras Músculo esquelético <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Outras Endócrino <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo <input type="checkbox"/> Patologia da tireóide <input type="checkbox"/> Outras	Câncer <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outras Infeccioso <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras Gravidez <input type="checkbox"/> Negativo Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano <input type="checkbox"/> Negativo Condições de Nascimento <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas (idade gest.+idade atual) Habitos Sociais <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco Cigarros/dia <input checked="" type="checkbox"/> Alcool Socialmente <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Outras Alergias <input type="checkbox"/> Negativo <table border="1"><thead><tr><th>Tipo/Agente</th><th>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></tbody></table> Cirurgia/anestesia prévia <input type="checkbox"/> Negativo <table border="1"><thead><tr><th>Cirurgia</th><th>Anestesia</th><th>Dados relevantes</th></tr></thead><tbody><tr><td><u>Prolapso Têtil</u></td><td><u>Local</u></td><td><u>estímulo</u></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> Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Histórico familiar - problemas com anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Tipo/Agente	Reação									Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	<u>Prolapso Têtil</u>	<u>Local</u>	<u>estímulo</u>									
Tipo/Agente	Reação																									
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																								
<u>Prolapso Têtil</u>	<u>Local</u>	<u>estímulo</u>																								

Exame Físico
Cardíaco RCR em 2T, BVS
Resp. MHS
Neuro glossal
Regional
Outro

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)
Libalutina
gentamicina

Via aérea
História de via aérea difícil
☐ Sim ☒ Não

Mallampati
☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV
Distância esterno/mento
52 cm
Dentição/Prognatismo
SICP

Outros

Hemorragias ☒ Negativo
Tipagem solicitada
Reserva de _____ U Conc. Glob.

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

Planejamento Anestésico
Sevoflurano + Raqui

Comentários sobre os achados

Anestesiologista

CRM

DATA

HORA

15/09/20

ASSINATURA

Flaviane do Silveiro Santiago
21913



(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nascimento:

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

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

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

12 de 09 de 2020

Hora: 20:30

Nome legível:

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.

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

PROTOCOLO BLOCO CIRURGICO (Prontuário e exames)

NOME: Flaviano da Silva Santiago DATA: 12/09/20

PRONTUÁRIO:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ficha de Internação | <input checked="" type="checkbox"/> Boletim Cirúrgico | <input type="checkbox"/> Atestado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prescrição Médica | <input checked="" type="checkbox"/> Perioperatório | <input type="checkbox"/> Receituário |
| <input checked="" type="checkbox"/> Evolução Médica | <input checked="" type="checkbox"/> Check list | <input type="checkbox"/> _____ |
| | <input type="checkbox"/> Orientações Médicas | <input type="checkbox"/> _____ |

EXAMES:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> CD Cateterismo |
| <input type="checkbox"/> Laudo Cateterismo | <input type="checkbox"/> Receituário |
| <input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais | <input type="checkbox"/> Atestado |
| <input type="checkbox"/> ECO Doppler | <input type="checkbox"/> Orientações |
| <input type="checkbox"/> ECO Stress | <input type="checkbox"/> Guia de fisio |
| <input type="checkbox"/> ECO Trans esofágico | |
| <input type="checkbox"/> Teste Ergométrico | |
| <input type="checkbox"/> Cintilografia | |
| <input type="checkbox"/> Cineangiocoronariografia | |
| <input type="checkbox"/> Risco Cirúrgico | |

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CD |
| <input type="checkbox"/> Laudo US |
| <input type="checkbox"/> Laudo TC |
| <input type="checkbox"/> Laudo RX |
| <input type="checkbox"/> Película RX |

OUTROS:

Equipe CC: Sorata e Jaime

Setor que recebeu:

☒ RPA ☐ Postos ☐ UTI

Ass: [Assinatura]

Ass:

Exames devolvidos para paciente ou responsável:

Ass:


Setor que paciente foi transferido:

Leito: ()

Ass:

Observações:

Atenção: Este impresso deverá ser arquivado na RPA.

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10.09.2018 - V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1 Data da Elaboração: 20/03/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Flávia da Silva Santos DATA DO NASCIMENTO: 12/05/2020
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: F03 DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 12/05/2020

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

<input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem?	1 +
<input type="checkbox"/> História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
<input type="checkbox"/> Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
<input type="checkbox"/> Escorre alimento pela boca?	4 +
<input type="checkbox"/> Demora muito para engolir?	5 +
<input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
<input type="checkbox"/> Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
<input type="checkbox"/> Há tosse com líquido?	8 +
<input type="checkbox"/> Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
<input type="checkbox"/> Não consegue engolir?	10 +
<input type="checkbox"/> 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 a 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.

Jefferson L. Carneiro
 COREN: 519.637-ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



ANTONIO
PRUDENTE

Nome do Paciente: <u>Filomene da Silva Santiago</u>	
Data de Nascimento: <u>23/07/85</u>	Data de Internação: <u>30/09/20</u>

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 _____.

Santiago

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 20 _____.

Dr. Antonio Prudente

Assinatura/ Carimbo do Médico

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

Nome do paciente: **F. S. S.** Data de Nascimento: **12.09.2020**
 Nº do prontuário: **10 F03** Data de admissão: **12.09.2020**
 Leito: **10 F03** Data da realização da escala: **12.09.2020**

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	2
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	4
		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	4
		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	4
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	4
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/ equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	4
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
G	Alterações nas eliminações	4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	4
		1	Não	
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				10

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	Histoplasmoses
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)		

Jefferson F. Carneiro
 COREN-CE 519.637-ENF

Nome completo: **FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO, 35 ANOS** Data de nascimento: **11/11/1984** Número do registro hospitalar: **123456789**

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: **12/08/2020** Hora: **14:30** Unidade de origem: **EMERG. CIRURGICA** Centro: **CENTRO CIRURGICO**
Responsável pelo transporte: ☒ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: **PROCEDIMENTO CIRURGICO**

Diagnóstico(s): **FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA + PUNHO ESQUERDO.**

Sinais Vitais: PA **X** mmHg FC: **78** bpm T: **36,5** °C

SpO2 **98** % Escala de dor **2**

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: **X** 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 ☐ HAS ☐ DM ☐ AVC ☐ DPOC ☐ Outros:

Alergias ☒ Não ☐ Sim Qual?:

Procedimentos realizados ☒ Não ☐ Sim Qual?:

Data: **12/08/2020**

Valores, crenças, barreiras ☒ Não ☐ Sim Qual?:

AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

☒ Não ☐ Sim Qual(is)?:

Recomendações especiais e pendências

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem
12.08.2020
CONEXÃO 519.637-ENF

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino
Flaviano da Silva Santiago
12.08.2020

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

Se realizado o exame: ☐ Não ☐ Sim

Se paciente apresentou intercorrência durante o exame: ☐ Não ☐ Sim Qual:

Se conduta imediata: ☐ Não ☐ Sim Qual:

Se 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

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

Nome completo

Fluorone de Siqueira Siqueira

Data de nascimento

21/7/85

4018-1

FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data 15/01/20 Horário 13:00 Cirurgia Realizada Tumor de Cava 153g

Tipo de anestesia

Algodão + sedação

Hora da admissão na R.A. 13:00 Anestesia Dr. André

Cirurgião

Dr. Flávio Siqueira

CONTROLES:

PERÍODO	HORA	TEMP	FC	FR	PA	SPO ₂	DOR/SCORE	ELEGIVEL PARA PUÉRRERA LÔQUIOS - RUBRO
a cada 15 min	13:00	34	58	17	130/88	95/	—	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	13:15	35	57	16	131/88	96	—	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	13:30	36	59	18	132/88	96	—	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 15 min	13:45	36	77	18	132/88	94	—	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	14:15	36	76	19	132/88	94	—	() Fisiológicos () Aumentados
a cada 30 min	14:45							() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados
a cada hora								() Fisiológicos () Aumentados

Técnico de Enfermagem

Denise Rodrigues

Enfermeiro

Tec. em Enfermagem

(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 responsivo	0
Vias aéreas	Tosse ao comando verbal ou choro	2
	Manutenção boa de 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	

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
	Apneia	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	Lucido, 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 de O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0
	HORA: SCORE	
	HORA: SCORE	
	HORA: SCORE	

Médico

(Assinatura e carimbo)

ALTA MÉDICA PARA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Médico

(Assinatura e carimbo)

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

Referências:
1. Associação Brasileira de Anestesiologia (ABA). Guia de Anestesia. São Paulo: ABA, 2010.
2. Associação Brasileira de Anestesiologia (ABA). Guia de Anestesia. São Paulo: ABA, 2010.
3. Associação Brasileira de Anestesiologia (ABA). Guia de Anestesia. São Paulo: ABA, 2010.
4. Associação Brasileira de Anestesiologia (ABA). Guia de Anestesia. São Paulo: ABA, 2010.
5. Associação Brasileira de Anestesiologia (ABA). Guia de Anestesia. São Paulo: ABA, 2010.



Nome completo: FELICIANO DA SILVA Data de nascimento: 21/7/85 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 15/9/20 Hora: 13:00 Unidade de origem: RPA Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta Dr. Trazzini

SITUAÇÃO

S	Motivo da transferência:	<u>alta oncológica</u>		
	Diagnóstico(s):	<u>Fratura de fêmur esquerdo</u>		
	Sinais Vitais:	<u>PA 120/80 mmHg</u>	<u>FC 58 bpm</u>	<u>FR 18 rpm</u>
	SpO2:	<u>100%</u>	Escore de dor:	<u>0</u>
	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 () JVP () 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:		

BREVE HISTÓRICO

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

AVALIAÇÃO

A	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas:	<u>S - J</u>

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

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

Nome completo: Felipe de Siqueira Bastos

Data de nascimento: 21/10/71

35

FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data: <u>22/10/2020</u>	Horário: <u>22:45</u>	Procedimento Realizado: <u>Exatubação de Pálvio</u>
hora de admissão na R.A.	<u>22:45</u>	Anestesia: <u>Propofol</u>
Cirurgião: <u>Bruno</u>		

CONTROLES:

PERÍODO	HORA	TEMP.	FC	FR	PA	SPO ₂	DOR/SCORE	ELEGÍVEL PARA PUÉRFERA LÓQUIOS - RUBRO
a cada 15 min	23:45	36,3	71	18	134/88	99	0	() Frêdo () Aumentado
a cada 15 min	23:00	36,3	83	18	134/81	97	0	() Frêdo () Aumentado
a cada 15 min	23:15	36,4	80	18	130/69	100	0	() Frêdo () Aumentado
a cada 15 min	23:30	36,4	82	18	130/71	99	0	() Frêdo () Aumentado
a cada 30 min	00:00	36,6	78	38	137/61	98	0	() Frêdo () Aumentado
a cada 30 min	00:30							() Frêdo () Aumentado
a cada hora	01:00							() Frêdo () Aumentado
a cada hora								() Frêdo () Aumentado
a cada hora								() Frêdo () Aumentado
a cada hora								() Frêdo () Aumentado
a cada hora								() Frêdo () Aumentado

Técnico de Enfermagem: Felipe de Siqueira Bastos (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 responsivo	0
Vias aéreas	Tosse ao comando verbal ou choro	2
	Manutenção boa de via aérea	1
	Requer assistência da via aérea	0
Movimentação	Movimento intencional dos membros	2
	Movimentos não intencionais	1
	Sem movimentação	0

Médico: Felipe de Siqueira Bastos (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
	Apneia	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	Lúcido, 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 de O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0

Médico: Felipe de Siqueira Bastos (Assinatura e carimbo)

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

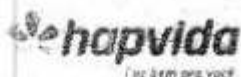
Médico: Felipe de Siqueira Bastos (Assinatura e carimbo)

ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

ESCALA DE DOR

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

Médico: Felipe de Siqueira Bastos (Assinatura e carimbo)



Ficha de Transferência

Código:
ANEXO.046.002-00Setor:
ENFERMAGEM -
EMERGÊNCIAPágina:
1 de 1Data da Elaboração:
01/03/2015Unidade solicitante: ANA LIMAMédico responsável: BEZERRA / DEGENALDOUnidade receptora: ANTONIO PRUDENTEMédico responsável: BEZERRA / DEGENALDOData da solicitação: 12/09/2020Hora da solicitação: 17:00Data da saída do paciente: / / Hora da saída do paciente: :

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGOSexo: M Data de Nascimento: / / RG:

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE DE ENTRADA NA UNIDADE

Diagnóstico de entrada: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO COMO X FUTO
FIMTUM EXPOSTA DA PERNA ESQUERDAConduta inicial: ANALGESIA + IMOBILIZAÇÃOExames realizados na unidade: RADIOGRAFASEVOLUÇÃO
PDO PACIENTEAlterações verificadas após a conduta inicial: Recurso solicitado para o caso: TRANSFERENCIA DO SETOR DE
TRATAMENTO LOGICA DO ANTONIO PRUDENTEJustificativa para a solicitação: NAO DISPONIBILIDADE DE SUPORTE EM
CIRURGIA TRAUMATOLOGICAData da chegada do paciente: / / Hora da chegada do paciente: : Médico responsável pela admissão do paciente: Elaborador:
Mariam Nogueira Lopes - Diretora Médica HapForAprovador:
Carlos Augusto - Diretor Médico Corporativo
Milaine - Sup. Adj. Da Área Médica



Nome completo F. Luciano de Lima Santiago Data de nascimento: ____/____/____ Número do registro hospitalar: ____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: ____/____/____ Hora: ____ Unidade de origem: RPA Unidade de destino: ____
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Alta anestésica
Diagnóstico(s): Fratura de fêmur
Sinais Vitais: PA 83/118 mmHg FC 81 bpm FR 18 rpm T 35 °C
SpO2 95% Escala de dor: ____
Medicamentos em uso: ____
Riscos gerenciados () Não se aplica (x) Flebite () TEV () LPP (x) Queda () Outros: ____
Protocolos gerenciados (x) Não se aplica () Sepse () Dor torácica () Outros: ____
Suporte de oxigênio (x) Não () Sim () Cateter l/min () Nebulização l/min () Ventilação mecânica
Acessos vasculares () Não () Sim () CVC (x) CVP () PICC () Port a cath () Outros: ____
Sonilas, drenos, ostomias (x) Não () Sim Qual?: ____
Outros dispositivos () Não (x) Sim Qual?: Fixador
Lesão de pele () Não (x) Sim Local: ____ Estágio: ____
Curativos () Não (x) Sim Qual produto?: ____
Precaução (x) Não () Sim () Contato () Aerosóis () 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

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

AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas:

S/I.

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências:

(x) Não () Sim Qual(is)?: ____

Exames Pendentes: ____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

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

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/09/2020 13:11

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1	
Profissional(is): FRANCILANE ARAUJO DOS SANTOS COREN 939134 [1] PEDRO AUGUSTO OLIVEIRA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1432640 [2] PEDRO AUGUSTO OLIVEIRA DOS SANTOS COREN 1432640 [3]		Nº: 58523053	15/09/2020 às 11:53

PACIENTE

Identificação Do Paciente FLAVIO DA SILVA SANTIAGO [2]

Data De Admissão 15/09/2020 [2]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia ELETIVA [2]

Data Da Cirurgia 15/09/2020 [2]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE TIBIA [2]

Pulseira De Identificação MSD [2]

Comorbidades NEGA [2]

Nome, dosagem, frequência NEGA [2]

Alergia- Descrição NEGA [2]

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento [2]

Hora 11:05 [2]

Sala 05 [2]

Condições Da Pele ao início da cirurgia COM LESÃO EM MIE E MSE [2]

Início Da Anestesia 11:10 [2]

Término Da Anestesia 12:45 [3]

Início Da Cirurgia 11:35 [2]

Término Da Cirurgia 12:40 [3]

Instrumentador NONATA (PARTICULAR) + BRENO (RICHAD'S) [2]

Circulante PEDRO + FRANCILANE [2]

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL [2]

Membro Ou Lado A Ser Operado 15 [2]

Numero Inicial De Compressas 10 UD [1]

Contagem Final De Compressas 35 UD [1]

Exames De Imagem Sim [2]

Clorexedine Alcoólico Sim [2]

Clorexedine Degermante Sim [2]

Material HASTE DE TIBIA [2]

Fornecedor RICHAD'S [2]

Data Da Esterilização 14/03/2020 [2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/09/2020 13:11

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO Dt. Nasc.: 21/07/1985 Atendimento: 68794036 Prontuário: 3852896
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/1

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	COM SUTURA E CURATIVO	[2]
Grau De Contaminação	LIMPA	[2]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA	[2]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	12:50	[1]
SINAIS VITAIS		
Pulso	67 bpm	[2]
PA	142X96	[2]
PAM	111	
FC	67 bpm	[2]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[2]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	15/09/2020	[2]
Hora	12:05	[2]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	ÀS 11:05 CLIENTE FOI ADMITIDO NO C.C. PARA SUBMETER-SE APROCEDIMENTO CIRURGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA DE TIBIA COM DR BRUNO BOTELHO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM MACA. EUPNEICO EM A.A. COM AVP EM MSD PERVIO. ÀS 11:10 FOI SUBMETIDA A ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO PELO DRA ANALU (ANESTESISTA). CIRURGIA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS. ENCAMINHADO PARA SRPA COM SUTURA E CURAVITO.	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	TIBIA ESQUERDA	[3]
Punções Venosas	MSD	[3]
Coxim	POSTERIOR A POPLITEA	[3]
PÓS-OPERATÓRIO		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/09/2020 11:52

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1	
Profissional(is): PEDRO AUGUSTO OLIVEIRA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1432640 [1] PEDRO AUGUSTO OLIVEIRA DOS SANTOS COREN 1432640 [2]		Nº: 58522673	15/09/2020 às 11:45

DADOS DA ADMISSÃO			
Data Da Cirurgia	15/09/2020		[1]
Hora Da Cirurgia	11:35		[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA		[1]
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
Identificação Do Paciente	SIM.		[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.		[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.		
Alergias Do Paciente São Conhecidas	SIM.		[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.		[2]
Confirmação De Reserva E-Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	NÃO.		[2]
Via Aérea Difícil	NÃO.		[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.		[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.		[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.		[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.		[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.		[2]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.		[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.		[1]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.		[2]
Lateralidade Do Procedimento	ESQUERDA.		[2]
Paciente Certo	SIM.		[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.		[2]
Procedimento	SIM.		[2]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS			
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.		[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.		[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.		[2]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.		[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.		[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.		[2]
	SIM.		

 15/09/2020 11:52
 15/09/2020 11:52
 15/09/2020 11:52

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/09/2020 11:52

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1	

 As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[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]

 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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 22:

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Intervenção: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

Previstas

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]
---	------	-----

NO 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]
--	------	-----

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	Não.	[1]
---	------	-----

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
--	------	-----

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Bem-estar Do Paciente	SIM.	[1]
--	------	-----

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
---	------	-----

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
---	--	--

Especificar	DORSAL	[1]
-------------	--------	-----

SPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 22:

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Inventário: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

Profissional(is): SORAIA VENTURA DE LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 983959 [1]

Nº: 58436269 12/09/2020 às 22:08

ACIENTE

Identificação Do Paciente F.D.S [1]

RÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 12/09/2020 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE TIBIA [1]

Nome, dosagem, frequência NAO [1]

Anestesia- Descrição NAO [1]

CONFORTO
INTR-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento SORAIA [1]

Hora 21:15 [1]

Sala 02 [1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia COM ESCORRIACOES [1]

Início Da Anestesia 21:15 [1]

Término Da Anestesia 22:30 [1]

Início Da Cirurgia 21:20 [1]

Término Da Cirurgia 22:25 [1]

Instrumentador JANE [1]

Julante SORAIA [1]

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado MIE [1]

Numero Inicial De Compressas 20 UD [1]

Contagem Final De Compressas 20 UD [1]

Medicações/hora NAUSENDRO, KEFAZOL, DAPIRONA [1]

Clorexedine Alcoólico Sim [1]

Clorexedine Degermante Sim [1]

Álcool Sim [1]

Material FIXADOR EXTERNO DE TIBIA [1]

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia COM FIXADORE EXTERNO E CURATIVO [1]

Grau De Contaminação LIMPA. [1]

Encaminhamento Do Paciente SRPA. [1]

SINAIS VITAIS

T 36 °C [1]

SPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 22:

ciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

nvênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

Pulso	81 bpm	[1]
PA	120X60	[1]
FC	81 bpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	99 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	12/09/2020	[1]
Hora	22:13	[1]
BSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
O ¹ rvação	PACTE ADM NO CC PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM DR BRUNO , PACTE CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO EM O2 AMBIENTE, REALIZADO ANESTESIA RAQUI MAIS SEDAÇÃO, APOS TERMINIO DE PROCEDIMENTO PACTE ENCAMINHADA PARA SR E SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]
ÔS-OPERATÓRIO		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 22:

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Número: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/1

Profissional(is): SORAIA VENTURA DE LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 983959 [1]

Nº: 58436101 12/09/2020 às 22:02

ANOTAÇÕES DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	12/09/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	21:15	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA	[1]

NOTAS DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA	[1]
--------------------------------	------------	-----

NOTAS DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

NOTAS DA INCISÃO CIRÚRGICA

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

PREPARAÇÃO 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]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68793586

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/3

Profissional(is): GABRIELA MAXIMIANO DA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 598062 [1] Nº: 58433196 12/09/2020 às 19:49

PACIENTE

Data De Admissão 12/09/2020 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 12/09/2020 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto CIRURGIA DE FRATURA DE TIBIA [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA USO DE MEDICAMENTO FREQUENTE [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]

Reserva de Hemoderivados [1]

Exames E Procedimentos RX. [1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum Sim. DESDE AS 13H DA TARDE DO DIA 12/09 [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]

Memorizar Não. [1]

Falar Não. [1]

CONFORTO

Queixas de Dor Sim. [1]

Gabriela Maximiano da Costa
COREN 598.062-ENF

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 19:57

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68793586

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/3

Profissional(is): GABRIELA MAXIMIANO DA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 598062 [1]

Nº: 58433261 12/09/2020 às 19:55

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 12/09/2020 [1]

Hora Da Cirurgia A DEFINIR [1]

Cirurgia CIRURGIA DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA [1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente EMERGENCIA TRAUMA [1]

Exames Complementares Sim. [1]

Tricotomia Não. [1]

Banho Pre-Operatório Não. [1]

Paciente Refere Alergia NÃO. [1]

Paciente Está Em Jejum SIM. [1]

Paciente Está Em Jejum

Quanto Tempo JEJUM DESDE AS 13HORAS [1]


GABRIELA MAXIMIANO DA COSTA
ENFERMEIRO(A)



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
68793586



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

25/09/2020 16:31:44

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3852896	FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	M	21/07/1985	35
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	1763683370		6-OUTROS	
Endereço				
R POVOADO DO MARIZEIRA,0 - SITIO CASA BRANCA, MARANGUAPE(CE) CEP 61900000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985909061				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	FRETCAR TRANSPORTES LOCACAO E TURISMO LTDA		
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
57761000367005014			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
12/09/2020	18:34		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2585251 FILIPE SANCHI DE MACEDO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA-(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE CI PRONTUÁRIO
Prudente 2789
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2020 16:26

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68793586	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/1	
Profissional(is): MONICA DA SILVA FAÇANHA COREN 976742 [1]	Nº: 58431829	12/09/2020	às 18:44

SINAIS E SINTOMAS

Administrado 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]
Fiebite	.	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	.	[1]

CONFERE CI PRONTUÁRIO
74400 22291
Instituição



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
69010043



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

25/09/2020 16:32:28

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3852896	FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	M	21/07/1985	35
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	1763683370		6-OUTROS	
Endereço				
R POVOADO DO MARIZEIRA,0 - SITIO CASA BRANCA, MARANGUAPE(CE) CEP 61900000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985909061				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	FRETAR TRANSPORTES LOCACAO E TURISMO LTDA		
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57761000367005014			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
23/09/2020	11:02		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente	Clinica		
2052580 EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS	6-TRAUMATOLOGICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MEDICO			

R4310RA-(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2020 16:28

Paciente:	FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.:	21/07/1985	Atendimento:	69010043	Prontuário:	3852896
Convênio:	HAPVIDA	Posto:		Leito:	/		

Profissional(is):	EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS CRM 13993 [1]	Nº:	58815208	23/09/2020	às	11:14
-------------------	--	-----	----------	------------	----	-------

ANAMNESE

Queixa Principal	HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 12/09/2020 REFERE DOR PERSISTENTE EM MSE E ADM REDUZIDA	[1]
------------------	---	-----

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

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

CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
-------	---	-----

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

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

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

Comorbidades	Não	[1]
--------------	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
-------	---	-----

CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
-------	---	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2020 16:27

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68793586

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/1

Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MACEDO CRM 15158 [1]

Nº: 58431804 12/09/2020 às 18:47

ANAMNESE

Queixa Principal

REFERE ACIDENTE DE MOTO
APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA COM
PRESENÇA DE LESÃO CORTOCONTUSA (FRATURA EXPOSTA??)

[1]

CD- SOLICITO RX DE PERNA ESQ

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

CONFERE CI PRONTUÁRIO
FILIPE 2269
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2020 16:27

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68793586

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/1

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1]

Nº: 58432427 12/09/2020 às 19:14

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

[1]

EF: GUSTILLO 2
BOA PERFUSÃO DISTALCD ORIENTAÇÕES
ANALGESIA
SOL PRE OPP
SOL INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA DE URGÊNCIA

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

CONFERE CI PRONTUÁRIO
Ed 1076 27851
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2020 16:27

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68793586

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/3

Profissional(is): MONICA DA SILVA FAÇANHA COREN 976742 [1]

Nº: 58433433 12/09/2020 às 20:01

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição
médica. Segue sob cuidados de enfermagem

Sim

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE
SUPORTECETOPROFENO IV FRAP 100.00MG EV PREPARADO E
ADMINISTRADO AS 20:01, EM 12/09/2020 POR MONICA DA SILVA
FAÇANHA, COREN/CE 976742.

[1]

PUNCAO C/ JELCO REALIZADO AS 20:01, EM 12/09/2020 POR
MONICA DA SILVA FAÇANHA, COREN/CE 976742.

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]

CONFERE CI PRONTUÁRIO
Patricia 2239
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2020 16:29

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 69010043

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS CRM 13993 [1]

Nº: 58815208 23/09/2020 às 11:14

ANAMNESE

Queixa Principal

 HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 12/09/2020
REFERE DOR PERSISTENTE EM MSE E ADM REDUZIDA

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

 99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

 M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA
OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

Comorbidades

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

 M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA
OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

[1]

CID10

 M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA
OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2020 16:29

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 69010043	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1]		Nº: 58821122	23/09/2020 às 13:37

CONDIÇÕES DE ALTA

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

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	23/09/2020	[1]
--------------	------------	-----

Hora Da Alta	13:37	[1]
--------------	-------	-----

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2020 16:29

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 69010043

Prontuário: 3852896

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1]

Nº: 58820841 23/09/2020 às 13:28

ANAMNESE

Queixa Principal

RX - S/A
USG - TENDINOPATIA - BURSOPATIA

[1]

HISTORIA E EXAME FISICO COMPATIVEL COM LESAO DE PLEXO
BRAQUIAL A ESQ
EM USO DE ETNA - TRAMADOL
CD
AO NEUROCIRURGIAO
PREGABALINA 75 MG 2 X DIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	
DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO DE 2090002440491 REP	CE
CNP 017.636.833-70	DATA NASCIMENTO 21/07/1985
TRUÇÃO FRANCISCO FELIPE SANTIAGO MONTE DO SOCORRO DA SILVA SANTIAGO	
TERMINAL	AGE
Nº REGISTRO 06852123553	VALIDADE 21/07/2021
1ª EMISSÃO 02/09/2015	
OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura de Flávio Santiago _____ ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 09/09/2016
99590845206 CE155331558	
DETRAN CE (CLASSE)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1351464850

PRIMEIRO PLASTIFICAR

1351464850

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200465119 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- HASTE- PAG 8,16) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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 DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372155/20

Vítima: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

CPF: 017.636.833-70

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO : 017.636.833-70

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: 22/12/2020
Nome: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
CPF: 017.636.833-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/12/2020
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372155/20

Vítima: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

CPF: 017.636.833-70

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO : 017.636.833-70

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: 22/12/2020
Nome: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO
CPF: 017.636.833-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/12/2020
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

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: 01263683370 4 - Nome completo da vítima: Flávia de Silva Santiago

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

5 - Nome completo: Flávia de Silva Santiago 6 - CPF: 01263683370
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 61940005
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:
☒ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: 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 nascituro (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 restarcar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 CLARA 22/12/20

* Flávia de Silva Santiago

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 METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2020781799



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 1951 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/11/2020 11:21:33**
Data / Hora da Ocorrência: **12/09/2020 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 065 KM19, NOVO PARQUE IRACEMA - MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência: **CONDOMÍNIO COLINAS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO**
Nascimento: **21/07/1985** CPF: **017.636.833-70** UF: **CE**
RG: **2000002440491** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTIAGO**
FRANCISCO FELIPE SANTIAGO
Endereço: **SÍTIO PV UMARIZEIRAS ENTRADA DO PAPOCO**
Bairro: **UMARIZEIRAS** CEP:
Município: **MARANGUAPE/CE** Telefone: **(85) 98590-9061**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORO0266** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0550ER104454** Renavam: **594227097** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **LUIZ CARLOS SAMPAIO JUNIOR** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Segundo o declarante é o proprietário da motocicleta de placa ORO0266/CE, porém a mesma esta registrada em nome de LUIZ CARLOS SAMPAIO JUNIOR; QUE no dia 12.09.2020, por volta das 13:00 horas estava pilotando a citada motocicleta e estava sozinho, onde se deslocava do Distrito de Umarizeiras com destino ao Centro de Maranguape, pela Rodovia CE-065, quando nas imediações do Condomínio Colinas, Parque Iracema em Maranguape, uma motocicleta que seguia na faixa da direita, repentinamente realizou uma ultrapassagem, perdeu o controle, uma vez que um veículo colidiu na traseira da mesma, não tendo o declarante como evitar a colisão vindo a chocasse frontalmente com a motocicleta "que estava fora de controle"; QUE do acidente fraturou a tibia esquerda e lesionou o ombro esquerdo; QUE foi socorrido por uma ambulância do SAMU que chegou ao local por volta de 13:36 hrs do citado dia e encaminhado para o HOSPITAL HAPVIDA - ANA LIMA em MARACANAÚ, onde foi medicado e foi imobilizado a perna esquerda e em seguida transferido para o Hospital Antonio Prudente, onde realizou procedimento cirúrgico e permaneceu hospitalizado por cinco dias; QUE ressalta que no local do acidente foi acionado a PRE, onde foi registrado o BOAT Nº9388/2020, E nada mais disse.////

X Flaviano



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2020781799



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 1951 / 2020

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

Flaviano de Silva Santiago

VISTO DO(A) DELEGADO(A): _____

JURANDIR BRAGA NUNES - MAT.: 93141

Flaviano de Silva Santiago

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Consolidado em: 10/11/2020 11:45:02

Pág. 2 de 2

Impresso em: 10/11/2020 11:45:02

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: 01263683370 4 - Nome completo da vítima: Flávia de Silva Santiago

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

5 - Nome completo: Flávia de Silva Santiago 6 - CPF: 01263683370
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 61940005
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:
☒ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: 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 nascituro (parascer)? ☐ 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 restarcar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 CLARA 22/12/20

* Flávia de Silva Santiago

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000004970283-1

Nr. da Autenticação 2F59C923DCE846EC

Nº do Cliente

2081054

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 25 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Veloso, 150
CEP 60135-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07547261/0001-70 (CGF 06.106.888-9)Para solicitar seu atendimento, utilize o número
verde que aparece em cartão adesivo

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 073436049

Rota MG235004 121300 Referência 07/2020
Nome MARIA ALMELENE CASTRO DO NASCIMENTO
Endereço PV UNAPITEIRAS, 00000, UNAPITEIRA, 62340-005,
MARANHÃOClassificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDUÁRIA Emissão 22/07/2020
Ligação Monofásico Medidor 1915460 ABB 011

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 22/06/2020 Atual 22/07/2020 Próxima prevista 22/08/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo Máx (kWh)	Consumo Int. (kWh)	Consumo Ext. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EE	6,13	11,54	5,41	0	0	0	0,254	1,38

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - 1:104 POU FEE FEE FEE	-	4,81
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	19,86
DESCONTO BAIXA RENDA	-	19,86
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,18267	5,48
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,11400	14,13
COFINS COMPL EX RENDA	-	0,32
PIS COMPL EX RENDA	-	0,08
BONUS ITAIPU	-	1,01

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	39,48	0,34	0,14
COFINS	39,48	1,59	0,63

VENCIMENTO	15/09/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	23,81
------------	------------	---------------------	-------

CONSUMO CONSCIENTE

CNPJ 047.444.853-34

Emissões de CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétricaEmissão kg (CO₂) Compensação kg (CO₂) Conciliação Ecológica (kgCO₂)

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

REAVISO DE DÉBITO Esta unidade consumidora está apta à suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 06/09/2020. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, com inclusão em ORÇÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO, caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000002081054.

Última Antecedência
MES-ANO VALOR (R\$)
02/2020 54,49
Total: R\$ 54,49

FATURADO POR HEDIA - LEITURA BIMESTRAL

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 23/06 - 22/07