

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

### ! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.21.01871458-8** em **12/02/2021 10:09:07**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0205206-34.2021.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.21.01871458-8  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Acidente de Trânsito  
**Data/Hora** : 12/02/2021 10:09:07

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

**Petição\*** : 2784072\_CONTESTACAO\_01 - 1-11.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2784072\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-29.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição  
**Recibo** : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

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: /	
Professional(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  
 DOR EM OMBRO E COTOVELO  
 DOR EM PERNAS ESQUERDA  
 ANALGESIA E EXAMES

[1]

Queixa Principal

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

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

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: 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	[1]
Queixa Principal	CHEFIA DA TRAUMA CIENTE	
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S828 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNAS	[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 PERNAS	[1]
CID10	S828 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNAS	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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	
Professional(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		[1]
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 CLINICA

Pagina 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 [1]  
 LESAO DE PLEXO BRAQUIAL?  
 TROCA DE CURATIVO

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




FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAISAtendimento  
68794036OK  
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 Sítio 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		
Médico Atendente			Clinica <i>Elizane</i>
1776126 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1776126 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE			0 INTERNACAO

Avaliação médica

## DADOS DO CONVENIO

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

## DADOS DA INTERNACAO

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)

## NOTA DE SALA

5085102

N6

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

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
<b>Materiais Médico-Hospitalares</b>					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	35181	ATROFINA 0,25 MG 1 ML AMPL 1 ML	4
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	119799	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD	1
118455	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	DEXTROCEtamINA 100MG/2ML INJ FRAP AMPL 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	38075	DIAZEPAM 10MG/2ML SOL INJ. AMPL AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	38008	DIPRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	40142	EFORTIL AMPL 1 UD	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	50	145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	40
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	4	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
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
135666	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	300	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	3	43788	RINGER CALACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	1	143303	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML	1
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	50	43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4,5M TUBO 450 CM	2	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
25534	FAIXA DE SMARCH 10CM ROLO 1 UD	2			
119133	FIOS J&J MONONYLON (N2035T) - ETHILON*BLACK 2- ENV 1 UD	1			
130987	FIXADOR EXTERNO LINEAR - 1 UD	2			
27227	GAZÉ ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	5			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	2	19	<b>Gases / Aparelhos</b>	
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	2	4	TAXA DE SALA	Inicio: 21:10 Fim: 22:25
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5	20	TREPANO	Inicio: 21:10 Fim: 22:25
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1	15	OXIGÉNIO	Inicio: 21:10 Fim: 22:25
30660	LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	4	16	BISTURI ELETTRICO	Inicio: 21:10 Fim: 22:25
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PA	2	22	MONITORIZAÇÃO	Inicio: 21:10 Fim: 22:25
30622	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/10S PCT 50 UD	5	22	OXIMETRO DE PULSO	Inicio: 21:10 Fim: 22:25
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	80			
50849	PROPEPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	3			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30672	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

# GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANITAX		ROCEFIL 1H	
ADRENALINA 0,01%		RAPPEN	
ATANSIL 500 mg/50 ml	7	SIFODRANE	
ATROFOPINA 0,25 mg/amp		SOLU-CORTEF 500 mg	
EXABROBONATO DE SÓDIO 1000		SUFENTAN 100	
CLONIDOL 1500 mg		TRANSAMIN	
CLORETO DE POTÁSSIO 1000 ml		THIOPENITAL 0,5 ml	
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	
CEKANE 200 mg/amp	7	TRICLIL 50 mg	
DECAPARON 4000 FR 25 ml		TRICRIM 25 mg/500 ml	
DIAZETAN 1000 mg		ULTRAV 5 mg	
DIMORF 0,5 g/500 ml 1ml		XILOCAINA 1000 mg 5 ml 2%	
EMDOPF 10 mg		XILOCAINA C/A 25 ml	
DEPRON 4000 20 ml		XILOCAINA PESADA 3% 4ml	
ANHIDRINA 500 ml PCE		XILOCAINA S/A 2% 5 ml	
DEPIRONA 1000	2	TELO-CEL	
GRAMIN 500 ml			
DOCAINTICLOR			
DOBUTAMINA			
DOPAMONTE 15 mg/amp			
DOBUTREX 1000			
EPOTONIL 1000			
ERGOTIPLATE 0,2 mg/amp			
ESAMICINA			
FLANIVL 500 mg	1	SORO	2
FENTANIL 0,01%		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	
SULFATO DE CALCIO		SORO-GLICOSADO 0,5% 500 ml	
FORANE		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	
UMIDOCORTIZONA 500 mg		SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 100 ml	
HALOTANIO		SORO RINGER LACTATO 500 ml	
HEPARINA		SOL. MANITOL 20% 250 ml	
HEPARINATO 2 mg/ml		FRUTOSI	
INOVAN 400		VOLUMEEN	
IPUSION 10	2		
KEFAZOL 0,5 g/amp			
CELOM 5000			
ETALAR 500	1	SANGUE / HEMODERIVADOS	
LANDAT 500		PLASMA	
LASIX 800		SANGUE	
MARSALINA C/A 0,5% 1ml		FAFÀ DE HEMÁCIAS	
MARCAINA PESADA 1ml		ALBUMINA	
MARCAINA S/A 0,2% 1ml			
METHERGOL 1000			
NIFEREDOL 1000			
NOVACET 10 1000			
NAUSFORON 5 1000			
NARCAN 500			
NARDIN 500			
INFACAL 1000			
NOFADRENALINA			
NONICRON			
NUBETAN 1000			
OMEPRAZOL 400 mg FR			
OBESTINA 1000 5 U/ml			
PAVILON 3000			
PLANET 1000			
PLASOL 1000			
PROCTERUS IV			
PROSTOCALM 1000 0,5 mg			
QUEDGIL 100 mg x2			
PROSTAMINA			
ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM		Assinatura CRM/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 MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]	Nº: 58437083	12/09/2020	às 22:52
<hr/>			
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
Diagnóstico Clínico	S822		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S822		[1]
<b>DADOS DA CIRURGIA</b>			
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 MONTEZUMA		[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 DESBRIDAMENTO 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. Lewi Montezuma  
MÉDICO  
CREMEC 11736

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

12/09/2020 22:

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

Nº: 58436269 12/09/2020 às 22:08

## PACIENTE

[1]

Identificação Do Paciente

F.D.S

## PRÉ-OPERATÓRIO

[1]

Tipo De Cirurgia

Emergência.

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

[1]

Responsável Pelo Recebimento

SORAIA

[1]

Hora

21:15

[1]

Sala

02

[1]

Condições Da Pele ao Inicio 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]

Circulante

SORAIA

[1]

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL.

[1]

Membro Ou Lado A Ser Operado

MIE

[1]

Número Inicial De Compressas

20 UD

[1]

Contagem Final De Compressas

20 UD

[1]

Medicações/hora

NAUSENDRO, KEFAZOL,DIPIRONA

[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 FIXADOE EXTERNO E CURATIVO

[1]

Grau De Contaminação

LIMPA.

[1]

Encaminhamento Do Paciente

SRPA.

[1]

## SINAIS VITAIS

[1]

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

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

Pulso

81 bpm

[1]

PA

120X80

[1]

FC

81 bpm

[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

99 %

[1]

Sat O2

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

12/09/2020

[1]

Data

22:13

[1]

Hora

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

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 SEDAÇAO, APOS TERMINIO DE PROCEDIMENTO PACTE ENCAMINHADA PARA SR E SEGUO SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

[1]

Eletrodos

TORAX

[1]

PÓS-OPERATÓRIO



## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

12/09/2020 22:11

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO  
Instituição: HAPVIDADt. Nasc.: 21/07/1985 Atendimento: 68794036 Prontuário: 3852896  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/1

## Previstas

[1]

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente SIM.  
Foram Compartilhadas

## AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

[1]

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento SIM.  
Devidamente RealizadosAs Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas SIM.  
E Agulhas Estão Corretas

[1]

Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Não.  
Acondicionada Corretamente

[1]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico SIM.  
Cirurgião

[1]

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

[1]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento SIM.  
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento  
Especificar DORSAL

[1]

## NOTA DE SALA

5087292

Atendimento:	68794036	Prontuário:	3852896	FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	HAPVIDA
Cirurgia(s):	30727138	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INC)	30710057	RAQUE+SEDACAO	
	30726190	LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS		RETIRADA DE FIXADORES EXTERNOS	
		CRONICAS - TRATAMENTO CIRURGICO			
	30732026	ENXERTO OSSEO			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emitente:	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	
	Matériais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	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	DEXTROCETAMINA 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	1	
84948	AGULHA DESC DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	38006	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2	
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	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	
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML	1	
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1	
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	30	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	
27938	ARRUJADA P/ MONITOR DESCARTAVEL C11 - 1 UD	5	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ. AMPL 20ML AMPL 20 ML	1	
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	3	
152352	CAMPÔ IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	1	3	45250	XYLOCAINA SAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1				
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	200				
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200				
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250				
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	5	19	Gases / Aparelhos		
198880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL CIS UD - 1 UD	100	4	TAXA DE SALA	Inicio: 11:05 Firm: 12:45	
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4,5M TUBO 450 CM	50	20	TREPANO	Inicio: 11:05 Firm: 12:45	
31771	ETER ETIUCO (UCOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	2	15	OXIGENIO	Inicio: 11:05 Firm: 12:45	
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2	16	BISTURI ELETRICO	Inicio: 11:05 Firm: 12:45	
119496	FIO MONONYLON (1163) - ETHILON 8LK 3-0 ENV 1 UD	1	22	MONITORIZACAO	Inicio: 11:05 Firm: 12:45	
119133	FIO J&J MONONYLON (N2035T) - ETHILON BLACK 2- ENV 1 UD			OXIMETRO DE PULSO	Inicio: 11:05 Firm: 12:45	
161605	FIO Q. VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VLT 2 ENV 1 UD	1				
165554	FIO Q-PG104X VICRYL 0 ENV 1 UD	1				
733505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C10 PCT 1 UD	8				
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5				
140446	HASTE INTRAMEDULAR BLOQ DE TIBIA CIPARAFUSOS - 1 UD	1				
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1				
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2				
30636	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8				
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	1				
30686	LUVA DESC.ESTERIL N-8,5 - 1 PA	2				
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C10 PCT 50 UD	5				
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200				
50845	PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD	5				
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1				
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

D: 11.10  
 C: ~~Antônio~~  
 ANTONIO  
 PRUDENTE  
 CP: 12.40h  
 AP: 12.45h

Nome: Glerviano do Silho Santiago

Data: 15/07/20

Sexo: F ( ) M (X)

Idade: Peso:

Prantuário: 3852896

Convênio:

Diagnóstico: Fratura tibio

Cirurgia: Tiofrinico tibia e fibula + Sedação + Ropiv

Cirurgião: Dr Bruno Neto

ASA:

I

A	HORA	08:00
G	OR	mm
E	NO	
N	AI	
T		
EEG		
S		

## LÍQUIDOS

CARDIOSCORPIO PRESSÃO NÃO INVASIVA CAPNOGRAFO

SAT O: 98.1 99.1 99.1

ETC O:

PVC

330

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

00

00

## DROGAS

1. Fentanil 0.17  
 2. Suxametomidina 0.14  
 3. Propofol 0.00 0.14  
 4. Tetrametina 0.14  
 5. Gmerprost 0.14  
 6. Sufentanil 0.24  
 7. Dexamet 0.14  
 8. Bupivacaina 0.14  
 9.

10. Bupivacaina 0.14

11. Bupivacaina 0.14

12. Bupivacaina 0.14

13. Bupivacaina 0.14

14. Bupivacaina 0.14

15. Bupivacaina 0.14

16. Bupivacaina 0.14

17. Bupivacaina 0.14

18. Bupivacaina 0.14

19. Bupivacaina 0.14

20. Bupivacaina 0.14

21. Bupivacaina 0.14

22. Bupivacaina 0.14

23. Bupivacaina 0.14

24. Bupivacaina 0.14

25. Bupivacaina 0.14

26. Bupivacaina 0.14

27. Bupivacaina 0.14

28. Bupivacaina 0.14

29. Bupivacaina 0.14

30. Bupivacaina 0.14

31. Bupivacaina 0.14

32. Bupivacaina 0.14

33. Bupivacaina 0.14

34. Bupivacaina 0.14

35. Bupivacaina 0.14

36. Bupivacaina 0.14

37. Bupivacaina 0.14

38. Bupivacaina 0.14

39. Bupivacaina 0.14

40. Bupivacaina 0.14

41. Bupivacaina 0.14

42. Bupivacaina 0.14

43. Bupivacaina 0.14

44. Bupivacaina 0.14

45. Bupivacaina 0.14

46. Bupivacaina 0.14

47. Bupivacaina 0.14

48. Bupivacaina 0.14

49. Bupivacaina 0.14

50. Bupivacaina 0.14

51. Bupivacaina 0.14

52. Bupivacaina 0.14

53. Bupivacaina 0.14

54. Bupivacaina 0.14

55. Bupivacaina 0.14

56. Bupivacaina 0.14

57. Bupivacaina 0.14

58. Bupivacaina 0.14

59. Bupivacaina 0.14

60. Bupivacaina 0.14

61. Bupivacaina 0.14

62. Bupivacaina 0.14

63. Bupivacaina 0.14

64. Bupivacaina 0.14

65. Bupivacaina 0.14

66. Bupivacaina 0.14

67. Bupivacaina 0.14

68. Bupivacaina 0.14

69. Bupivacaina 0.14

70. Bupivacaina 0.14

71. Bupivacaina 0.14

72. Bupivacaina 0.14

73. Bupivacaina 0.14

74. Bupivacaina 0.14

75. Bupivacaina 0.14

76. Bupivacaina 0.14

77. Bupivacaina 0.14

78. Bupivacaina 0.14

79. Bupivacaina 0.14

80. Bupivacaina 0.14

81. Bupivacaina 0.14

82. Bupivacaina 0.14

83. Bupivacaina 0.14

84. Bupivacaina 0.14

85. Bupivacaina 0.14

86. Bupivacaina 0.14

87. Bupivacaina 0.14

88. Bupivacaina 0.14

89. Bupivacaina 0.14

90. Bupivacaina 0.14

91. Bupivacaina 0.14

92. Bupivacaina 0.14

93. Bupivacaina 0.14

94. Bupivacaina 0.14

95. Bupivacaina 0.14

96. Bupivacaina 0.14

97. Bupivacaina 0.14

98. Bupivacaina 0.14

99. Bupivacaina 0.14

100. Bupivacaina 0.14

101. Bupivacaina 0.14

102. Bupivacaina 0.14

103. Bupivacaina 0.14

104. Bupivacaina 0.14

105. Bupivacaina 0.14

106. Bupivacaina 0.14

107. Bupivacaina 0.14

108. Bupivacaina 0.14

109. Bupivacaina 0.14

110. Bupivacaina 0.14

111. Bupivacaina 0.14

112. Bupivacaina 0.14

113. Bupivacaina 0.14

114. Bupivacaina 0.14

115. Bupivacaina 0.14

116. Bupivacaina 0.14

117. Bupivacaina 0.14

118. Bupivacaina 0.14

119. Bupivacaina 0.14

120. Bupivacaina 0.14

121. Bupivacaina 0.14

122. Bupivacaina 0.14

123. Bupivacaina 0.14

124. Bupivacaina 0.14

125. Bupivacaina 0.14

126. Bupivacaina 0.14

127. Bupivacaina 0.14

128. Bupivacaina 0.14

129. Bupivacaina 0.14

130. Bupivacaina 0.14

131. Bupivacaina 0.14

132. Bupivacaina 0.14

133. Bupivacaina 0.14

134. Bupivacaina 0.14

135. Bupivacaina 0.14

136. Bupivacaina 0.14

137. Bupivacaina 0.14

138. Bupivacaina 0.14

139. Bupivacaina 0.14

140. Bupivacaina 0.14

141. Bupivacaina 0.14

142. Bupivacaina 0.14

143. Bupivacaina 0.14

144. Bupivacaina 0.14

145. Bupivacaina 0.14

146. Bupivacaina 0.14

147. Bupivacaina 0.14

148. Bupivacaina 0.14

149. Bupivacaina 0.14

150. Bupivacaina 0.14

151. Bupivacaina 0.14

152. Bupivacaina 0.14

153. Bupivacaina 0.14

154. Bupivacaina 0.14

155. Bupivacaina 0.14

156. Bupivacaina 0.14

157. Bupivacaina 0.14

158. Bupivacaina 0.14

159. Bupivacaina 0.14

160. Bupivacaina 0.14

161. Bupivacaina 0.14

162. Bupivacaina 0.14

163. Bupivacaina 0.14

164. Bupivacaina 0.14

165. Bupivacaina 0.14

166. Bupivacaina 0.14

167. Bupivacaina 0.14

168. Bupivacaina 0.14

169. Bupivacaina 0.14

170. Bupivacaina 0.14

171. Bupivacaina 0.14

172. Bupivacaina 0.14

173. Bupivacaina 0.14

174. Bupivacaina 0.14

175. Bupivacaina 0.14

176. Bupivacaina 0.14

177. Bupivacaina 0.14

178. Bupivacaina 0.14

179. Bupivacaina 0.14

180. Bupivacaina 0.14

181. Bupivacaina 0.14

182. Bupivacaina 0.14

183. Bupivacaina 0.14

184. Bupivacaina 0.14

185. Bupivacaina 0.14

186. Bupivacaina 0.14

187. Bupivacaina 0.14

188. Bupivacaina 0.14

189. Bupivacaina 0.14

190. Bupivacaina 0.14

191. Bupivacaina 0.14

192. Bupivacaina 0.14

193. Bupivacaina 0.14

194. Bupivacaina 0.14

195. Bupivacaina 0.14

196. Bupivacaina 0.14

197. Bupivacaina 0.14

198. Bupivacaina 0.14

199. Bupivacaina 0.14

200. Bupivacaina 0.14

201. Bupivacaina 0.14

202. Bupivacaina 0.14

## GASTOS DO ANESTESISTA

Analisis de Anestesia - CRM

Amber Bonner  
2/21/13

上册第10章第1节

15/09/2020 12:

## 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 ósseo reparo ligamentar retirada de fixador externo	[1]
----------	--	-----

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

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

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

Descrição Cirúrgica	Decúbito dorsal Assepssia e antissepssia Retirada de fixador externo Nova assepssia Acesso anterior ao joelho Divulsão por planos Redução dos fragmentos Passagem de fio guia Fresagem do canal com enxerto ósseo do endósteo 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	[1]
---------------------------	--	-----



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	as 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 Sanguínea	NÃO.	[2]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[2]
Kit Cirúrgico 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 Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibiotioprofilaxia 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.	

## 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	
<b>As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas</b> [2]			
<b>AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO</b>			
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[2]	
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, 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

## 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	as 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]
Inicio Da Anestesia	11:10	[2]
Término Da Anestesia	12:45	[3]
Inicio 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 Da 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]

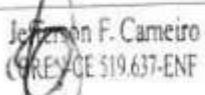
**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

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		
<b>Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia</b>		COM SUTURA E CURATIVO	[2]	
<b>Grau De Contaminação</b>		LIMPA	[2]	
<b>Encaminhamento Do Paciente</b>		SRPA	[2]	
<b>Encaminhamento Do Paciente</b>				
Horário De Saída Da S.O	12:50		[1]	
<b>SINAIS VITAIS</b>				
P脉	67 bpm		[2]	
PA	142X96		[2]	
PAM	111		[2]	
FC	67 bpm		[2]	
<b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>				
Sat O2	100 %		[2]	
<b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>				
Data	15/09/2020		[2]	
Hora	12:05		[2]	
<b>OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS</b>				
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]
<b>PÓS-OPERATÓRIO</b>				

**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.			
Aprazamento 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  
 (CREME/CE 519.637-ENF)

**Assinatura do enfermeiro** \_\_\_\_\_

**Assinatura do enfermeiro Líder** \_\_\_\_\_



Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO  
 Convênio: 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  
 Emissão: 13/09/2020 01:05

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

3/3h - ORAL

Prescritor: CRM-11736

 POS  
ACORDADO(A).

 2. Hidratação 2 Fases  
 Venosa  
 SORO FISIOLOGICO 0,9%

 Vol. Total: 500 ml  
 18.52 ml/Kcal/dia 500ml

 Prescritor: CRM-11736  
 3.CEFALOTINA (1,00g)  
 (D1/2) Soro Fisiologico 0,9%

 1g 1FRAP (FRAP C/1GR) 6/6h EV  
 100ml

Prescritor: CRM-11736

 4.GENTAMICINA (40.00mg/ml)  
 (D1/2) Soro Fisiologico 0,9%

 240mg 2ML (AMPL C/80MG) 24/24h EV  
 100ml

Prescritor: CRM-11736

 5.PLAMET (5,00mg/ml)  
 Agua Destilada

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

Prescritor: CRM-11736

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

 100mg 1FRAP (FRAP C/100MG) 12/12h EV  
 100ml

Prescritor: CRM-11736

 7.TRAMAL (50,00mg/ml)  
 Soro Fisiologico 0,9%

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

 Alta vigilância  
 Prescritor: CRM-11736

8.

GENTAMICINA

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento**

Página 2 de 3  
Emissão 13/09/2020 01:05

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

**HORARIOS**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	13/09-05-00
Agua Desilada	18ml				

Agua Desilada

Prescritor: CRM-11736

9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO  
Prescritor: CRM-11736

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

11. PUNCAO C/ JELCO  
Prescritor: CRM-11736

12. SINAIIS VITAIS  
Prescritor: CRM-11736

13. RETIRADA DE DRENO DE  
Prescritor: CRM-11736

14. COMPRESSÃO COM ÉTER  
Prescritor: CRM-11736

Profissionais: CRM-11736  
BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Reservado para o SIND

ENTEROFIX \_\_\_\_\_  
Ass. \_\_\_\_\_

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

Enfermeira  
COREN-CE 654747  
C

CRM  
21742

W

## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 13/09/2020 01:05

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

 Dt. Nasc.: 21/07/1985  
 Atendimento: 68794036  
 N° Prescrição: 0027899186  
 Leito: 133420/1  
 Peso: 85,00 kg

## GASTOS

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

SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1	ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1		
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000ML	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 TÓPICO) LIQ 500ML GL 5	1		
GENTAMICINA 80 MG 2 ML AMPL 2 ML	3	ALGODÃO HIDROFÍLO 500 GR	2		
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 10011	1		
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1		
<b>GETOPREFENO IV</b>		LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 10011		ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	5		
ALCOOL 70% (USO TÓPICO) LIQ 500ML GL 5		KEFLIN FRAP 1 UD	1		
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA		AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1		
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	<b>HV Voltotal: 500,00 Vrig.</b>			
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1		
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1		
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1		
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1		
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 50011	1		
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1		
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 100ML	5				
ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	2				
<b>DIPIRONA</b>					
ALCOOL 70% (USO TÓPICO) LIQ 500ML GL 15					
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% TÓPICO FRAS 1000ML	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				
ALGODAO HIDROFÍLO - 500 GR	2				
<b>CEFALOTINA</b>					
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1				
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1				

 Debora Mota Condado Praciano  
 ENTRENACE 504741  
 CORE/CE

 Debora Mota Condado Praciano  
 MEDICA  
 CREMEC 21742

 TAMPA CONE LUER - 1 UD  
 LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA  
 EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
12/09/2020 20:22  
01552.jpe

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
<b>Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO</b>			

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:



## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
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 598062)			
<b>1 - OBSERVAR</b>			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Normal		
Nível de Consciência	Normal		
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Normal		
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Normal		
TGI	Normal		
TGU	Normal		
<b>2 - REALIZAR/REGISTRANDO</b>			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Normal		
<b>4 - MANTER</b>			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Normal		
VIA AÉREA PÉRVIA	Normal		
<b>6 - SUPERVISIONAR</b>			
ACEITAÇÃO DA DIETA	Normal		
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	Normal		
VALIDADE DAS MEDICAÇÕES	Normal		
<b>7 - ORIENTAR</b>			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	Normal		
<b>8 - COMUNICAR</b>			
INTERCORRÊNCIAS	Normal		
ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS	Normal		

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

  
Gabriela Maximiano da Costa  
COREN-CE 598.062-ENF

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

13/09/2020 00:42

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27899732	12/09/2020 as 23:11	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Leito: 214-RP/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDE	
Avaliação: DIAGNOSTICO 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	Má/Rodo: <input type="checkbox"/> OK
--	--------------------------------------

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Má/Rodo: <input type="checkbox"/> OK
----------------------------	--------------------------------------

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Má/Rodo: <input type="checkbox"/> OK
---------------------------------	--------------------------------------

## 3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXtenso OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS	Má/Rodo:
---------------	----------

## 4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA	Má/Rodo:
-------------------------------	----------

## 5 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Má/Rodo:
-----------------------------	----------

  
Leandro Salcão Cruz  
COREN-SP 571.196.CNF

# 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 - RECUPERACAO POS ANES Leito: 214-RP/1 Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDE  
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

Mantém Leito Em Posição Adequada/ Grades  Mando:  OK  
Laterais Levantadas

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL  Mando:  OK  
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA  Mando:  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:

Assinatura  
CE 521482 - 007

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 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 as 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	ok		
MONITOR CARDÍACO	ok		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	ok		

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

  
Leandro Paicão Cruz  
COREN-CE 571.186-CE

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1  
12/09/2020 11:14 PM  
u162\_0

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 MONITOR CARDÍACO 

## 2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO

PADRÃO RESPIRATÓRIO 

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

  
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES  
COREN 521482-ES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO  
Convênio: HAPVIDADt. Nasc.: 21/07/1985 Atendimento: 68794036 Prontuário: 3852896  
12/09/2020 23:09

Posto: RPA - RECUPERACAO 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.

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 PÉRIO. PARA HV + TM. ATB: CEFALOTINA + GENTAMICINA. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. CURATIVO EM FO INTEGRO, LIMPO E SECO, COM CURATIVO EM MSE LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA E EVACUAÇÕES AUSENTES ATÉ O MOMENTO. SSV 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

## ALERGIAS

Alergias

NEGA

## AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

## 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
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4018/1	
Profissional(is): LEANDRO FALCAO CRUZ, ENFERMEIRO(A), COREN 571186 [1]	Nº: 58438843	13/09/2020	00:40

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil Epidemiológico Covid19	Paciente Não Covid.	[1]
Evolução de enfermagem	PLANTÃO SN	[1]
	<p>- 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 ÁLGICAS 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.</p> <p>SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE</p>	[1]
ALERGIAS		
Alergias	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE DOR		
Dor (0 A 10)	0	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]


 Leandro Falcão Cruz  
 COREN-CE 571186-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]
<p>FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO, 35 ANOS</p> <p>HD: FRATURA DE TIBIA</p> <p>## ALERGIA: NEGA</p> <p>## COMORBIDADES: NEGA</p> <p>## JEJUM DESDE AS 13H</p> <p>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 ESPONTÂNEAS PRESENTES NO PERÍODO.</p> <p>AVP EM MSD PERVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. REALIZOU EXAMES DE ECG, EXAMES LABORATORIAIS E RÁIO X.</p> <p>SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.</p> <p><b>GERENCIAMENTO DE RISCO:</b></p> <p>RISCO DE QUEDA: manter leito com grade elevada;</p> <p>RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: manter cabeceira elevada;</p> <p>RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: atenção ao manuseio, orientar o paciente quanto aos dispositivos em uso;</p> <p>RISCO DE LP: realizar mudança de decúbito, utilizar coxin e travesseiros. Manter colchões pneumáticos.</p> <p>RISCO DE FLEBITE: inspecionar membro acometido com dispositivo periférico, realizar desinfecção das conexões, monitorar temperatura e avaliar sinais de desconforto no local do CVP.</p>		
<b>ALERGIAS</b>		
Alergias	NEGA	[1]
<b>AVALIAÇÃO DE RISCO</b>		
Flebite	Sim	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]
<b>DISPOSITIVOS</b>		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
Especificar	MSD	[1]


 Gabriela Maximiano da Costa  
 COREN-SP 598.062-ENC

## CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Fábio Henrique da Silveira Santiago
Data de nascimento	29/07/89
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Aurelene (esposa)
Procedimento a ser realizado	Fractura de Talus

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Uso de jejun?	X		
Possui alergia a medicação?	X		
Uso uso de alguma medicação?	X		
Uso uso de anticoagulante?	X		
Problema cardíacos?	X		
Uso tabaco?	X		
Hipertensão Arterial?	X		
Ademias pré-dese	X		
Coronárias anteriores	X		
Identificação com pulsos?	X		M5V0

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Bando pré-operatório				
Intervenção 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		
Identificação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou:

## 3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Assento de consentimento do cirurgião:	X		
Assento do anestesista e ficha pre-anestésica	X		

## 4. SSVV:

PA 1322/105  
 T 36.4  
 FC 24  
 FR 38  
 Sono no CT

## CONTROLE DE SINAIS VITAIS E OUTRAS MEDIDAS

HORA	T (°C)	PA (mmHg)	FC (bpm)	FR (mrpm)	PAM (mmHg)	SPO <sup>2</sup> (%)	PVC (cmH2O)	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	14			
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 = FREQUÊNCIA CARDIACA / PAM = PRESSÃO ARTERIA MÉDIA / SPO<sup>2</sup> = SATURAÇÃO DE O<sub>2</sub>PACIENTE: *José Cícero da Silva Santiago*

IDADE:

PRONTUÁRIO: 67491631

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 48 - HAPFOR

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

 Dt. Nasc.: 21/07/1985  
Nº Prescrição: 27899188  
Leito: 40181

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

POS ACORDADO(A).

CRM-14108

2. Hidratação Venosa

2 Fases

SORO FISIOLOGICO 0,9%

2. Hidratação Venosa	2 Fases	Vol. Total	500 ml	14,00 gts/min	Acesso Periférico
3. CEF ALOTINA (1,00g)	Soro Fisiológico 0,9%	1g	1FRAP (FRAP C/ 1GR)	66h	EV
4. GENTAMICINA (4,000mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	240mg	2ML (AMPL C/ 80MG)	24/24h	EV
5. PLAMET (5,00mg/ml)	Agua Destilada	10mg	2ML (AMPL C/ 10MG)	88h	EV
6. CEIOPROFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV
7. IRAMAL (50,00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/ 100MG)	88h	EV
8. DIPRORONA (500,00mg/ml)	Aqua Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/ 500MG)	66h	EV
9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIM		100 mg	100 ml		CRM-14108
10. CURATIVO GRANDE-SF+GAZE ACCOICHOADA		2ML	(AMPL C/ 500MG)		CRM-14108
11. PUNCÃO C/ JELCO		18 ml			
12. SINAIS VITais					
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					
14. COMPRESSÃO COM ETER					
Profissionais: CRM-14108	IACHTO YURI MELO RAMOS DE LIMA				
	 Iacinto Yuri Melo Ortopedista - Traumatologista CRM-14108 - CRIT-1520				
	 Enfermeira COREN-CE 554741 Enfermeira				



## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

 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

Prontuário: 3852896

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIPIRONA (500,00mg/ml)	Aqua Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	14:00	17:00	23:00	14/09-05:00
------------------------	----------------	--------	----------------------	------	----	-------	-------	-------	-------------

## HORÁRIOS

Prescritor: CRM-14108

 9-SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO  
 Prescritor: CRM-14108

SN

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

11:00

 11-PIUNCAO 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

 Debon Moto Condomínio Residencial  
 MEONCA  
 CREMERC 21.742

Reservado para o SND

 ENTEROFIX  
 Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado.  
 Indica item checado.

 Ana Dávila da Silva  
 Coren-CE 559.892-El

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

GASTOS

Dt. Nasc.: 21/07/1985  
Nº Prescrição: 0027899188  
Leito: 40181

Atendimento: 68794036  
13/09/2020 às 06:00  
Prontuário: 3852896

Leito:

Peso: 85,00 kg

Emissão 13/09/2020 10:14

TAMPA CONE LUER - 1 UD  
ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR

AGULHA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD

AGUA DESTILADA 20ML 20 ML SERI 20 ML

ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML

SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML SERI 10 ML

MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM

CLOREXIDINA 0,2% ÁQUOSA FRAS 1000 ML

LUVA DE PRÓCEDIMENTO M CX 50 PA

GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML

TRAMA

ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML

AGULHA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD

SERINGA DESCARTÁVEL 03 ML SERI 3 ML

TAMPA CONE LUER - 1 UD

TRAMADOL 100MG/5ML SOL INJ AMP AMPL 1

ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 K 1

SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML SERI 10 ML

LUVA DE PRÓCEDIMENTO P CX 50 PA

EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD

DEFALOTINA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 K 2

SERINGA DESCARTÁVEL 10ML SERI 10 ML

TAMPA CONE LUER - 1 UD

LUVA DE PRÓCEDIMENTO P CX 50 PA

AGULHA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD

LUVA DE PRÓCEDIMENTO M CX 50 PA

ALCOOL 70% (USO TÓPICO) LIQ 500ML GL 20

ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR

ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML

REFILIN FRAP 1 UD

2

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

## 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:				
<b>1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA</b> Relacionado a: TRATAMENTO				
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido: Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Mantido: Laterais Levantadas Mantido:				
<b>2 - CONFORTO PREJUDICADO</b> Relacionado a: DOR				
TRATAMENTO CIRÚRGICO MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido: ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Mantido: LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR Mantido: IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS Mantido:				
<b>8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A</b> Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO				
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS		Manhã	Tarde	Noite

  
 Ticiana Barros de Sousa, Enfermeira  
 COREN-CE 594045

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1  
14/09/2020 02:27 AM  
00000000000000000000000000000000

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: TICIANA BARROS DE SOUSA (COREN 594845)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
NIVEL DE ORIENTACAO	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratoria	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			

  
Ticiane Barros de Sousa Souza  
Enfermeira  
COREN-CE 594845

## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 14/09/2020 13:48

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

 Dt. Nasc.: 21/07/1985  
 N° Prescrição: 0027902418  
 Leito: 4018/1

 Atendimento: 68794036  
 14/09/2020 às 06:00  
 Peso: 85,00 kg

## 1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

## 2. HIDRATAÇÃO

## 3. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

Prescritor: CRM-8260

## 4. GENTAMICINA (40,00mg/ml)

 Vol. Total: 500 ml  
 2 Fases

 18,52 ml/Kcal/dia  
 SORO FISIOLÓGICO 0,9%

Prescritor: CRM-8260

## 5. PLAMET (5,00mg/ml)

 1g  
 (0,13) Soro Fisiológico 0,9%

Prescritor: CRM-8260

## 6. CETOPROFENO IV (100,00mg)

 100mg  
 Soro Fisiológico 0,9%

Prescritor: CRM-8260

## 7. TRAMAL (50,00mg/ml)

 100mg  
 Soro Fisiológico 0,9%

Prescritor: CRM-8260

 Alta vigilância  
 Prescritor: CRM-8260

 PLAMET  
 8.

BROMOPSIDA 10MG/2ML SOL. INJ. AMPL. 2ML 1

ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML

5

ALGODAO HIFROFILO - 500 GR

2

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

1

## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

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

 Dt. Nasc.: 21/07/1985  
 Atendimento: 68794036  
 N° Prescrição: 0027902418  
 Prontuário: 3852896  
 Leito: 40181  
 Peso: 85,00 kg

Emissão: 14/09/2020 13:48

DIPIRONA (500,00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

 2ML  
18ml  
(AMPL. C/  
500MG)

6/6h EV

1400

1700

2300

15/09-05:00

HORÁRIOS

 PRESCRIÇÃO MÉDICA  
**Prescritor: CRM-8260**

 9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO  
 Prescritor: CRM-8260

SN

 10. CURATIVO GRANDE + SF + GAZE  
**Accessórios CRM-8260**

SN

 11. PUNCAO C/ JELCO  
 Prescritor: CRM-8260

SN

 12. SINAIS VITAIS  
 Prescritor: CRM-8260

SN

 13. RETIRADA DE DRENO DE  
**Procedimento CRM-8260**

SN

 14. COMPRESSÃO COM ÉTER  
 Prescritor: CRM-8260

SN

Professionals: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SNID

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário:



Indica item não administrado.

Indica item checado.

 Dávico Mat. C. Prudente  
 MEDICA 2182  
 CREMEC 2182

 Rafael Bezerril Nogueira  
 Entfermagem  
 COREN-CE 05248

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 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 ÁS 13:00 PROVENIENTE DO CC EM PDI DE FRATURA DE TIBIA ESQUERDA REALIZADA PELO DR BRUNO BOTELHO SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM A DRA ANALG. NO MOMENTO EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO EM AA, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, SATURANDO 96%, ESTÁ COM AVP EM MSD - PÉRPIO 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. SEGUO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

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

[1]

## AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

Infeção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

Perda De Dispositivos

Sim

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSD

[1]

**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
Convenio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFCR		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]
<p>- 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 ÁLGICAS ATÉ O MOMENTO, COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD E CVP EM MSD PÉRIO 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. SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE</p>		
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 Auxiliadora (Esposa)
Procedimento a ser realizado			Fratura de Tíbia

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		
Identificação com pulseira	X		Celocapão de fixador esterno 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	



# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 15/09/2020 15:30

<b>Paciente:</b> FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO		<b>Atendimento:</b> 68794036		<b>Prontuário:</b> 3852896		<b>X</b> <b>15:00 DE QUEDA</b>	
<b>Convenio:</b> HAPVIDA		<b>Nº Prescrição:</b> 0027910979		<b>Leito:</b> 40181		<b>X</b> <b>15:00 DE UPP</b>	
<b>Posto:</b> POSTO 4B - HAPFOR		<b>Peso:</b> 85,00 kg		<b>HORÁRIOS</b>		<b>X</b> <b>15:00 DE UPP</b>	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>							
<b>1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA</b>		<b>3/3h</b>		<b>ORAL</b>		<b>POS</b>	
<b>Prescritor:</b> CRM-16854				<b>ACORDADO(A).</b>			
<b>2. Hidratação</b>	<b>2 Fases</b>	<b>Vol. Total:</b>	<b>500 ml</b>	<b>14</b>	<b>gts/min Acesso Periférico</b>	<b>17/00</b>	<b>; 16/09 - 05:00</b>
<b>3. SORO FISIOLOGICO 0,9%</b>	<b>SORO FISIOLOGICO 0,9%</b>	<b>18,52</b>	<b>ml/Kcal/dia</b>	<b>500ml</b>			
<b>4. GENTAMICINA (40,00mg/ml)</b>	<b>Soro Fisiológico 0,9%</b>	<b>240mg</b>	<b>2ML (AMPL C/ 80MG)</b>	<b>24/24h</b>	<b>EV</b>	<b>16/09 - 05:00</b>	<b>;</b>
<b>5. PLAMET (5,00mg/ml)</b>	<b>Soro Fisiológico 0,9%</b>	<b>10mg</b>	<b>2ML (AMPL C/ 10MG)</b>	<b>8/8h</b>	<b>EV</b>	<b>09/00</b>	<b>; 17/00</b>
<b>6. CETOPROFENO IV (100,00mg)</b>	<b>Soro Fisiológico 0,9%</b>	<b>100mg</b>	<b>1FRAP (FRAP C/ 100MG)</b>	<b>12/12h</b>	<b>EV</b>	<b>09/00</b>	<b>; 16/09 - 01:06</b>
<b>7. TRAMAL (50,00mg/ml)</b>	<b>Soro Fisiológico 0,9%</b>	<b>100mg</b>	<b>2ML (AMPL C/ 100MG)</b>	<b>8/8h</b>	<b>EV</b>	<b>13,00</b>	<b>; 21:00</b>
<b>8. PLAMET</b>	<b>SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 2</b>	<b>100mg</b>	<b>10ml</b>			<b>17/00</b>	<b>; 16/09 - 05:00</b>
<b>ALGODÃO HIDROLÓ - 500 GR</b>							
<b>ALGODÃO DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML - 2</b>							
<b>SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML - 2</b>							
<b>LUVIA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA - 2</b>							
<b>ANNA DAVILA DA SILVA</b>							
<b>15/09/2020 15:30</b>							
<b>IP: 192.65.4.101</b>							
<b>Paciente:</b> FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO		<b>Atendimento:</b> 68794036		<b>Prontuário:</b> 3852896		<b>X</b> <b>15:00 DE QUEDA</b>	
<b>Convenio:</b> HAPVIDA		<b>Nº Prescrição:</b> 0027910979		<b>Leito:</b> 40181		<b>X</b> <b>15:00 DE UPP</b>	
<b>Posto:</b> POSTO 4B - HAPFOR		<b>Peso:</b> 85,00 kg		<b>HORÁRIOS</b>		<b>X</b> <b>15:00 DE UPP</b>	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>							
<b>1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA</b>		<b>3/3h</b>		<b>ORAL</b>		<b>POS</b>	
<b>Prescritor:</b> CRM-16854				<b>ACORDADO(A).</b>			
<b>2. Hidratação</b>	<b>2 Fases</b>	<b>Vol. Total:</b>	<b>500 ml</b>	<b>14</b>	<b>gts/min Acesso Periférico</b>	<b>17/00</b>	<b>; 16/09 - 05:00</b>
<b>3. SORO FISIOLOGICO 0,9%</b>	<b>SORO FISIOLOGICO 0,9%</b>	<b>18,52</b>	<b>ml/Kcal/dia</b>	<b>500ml</b>			
<b>4. GENTAMICINA (40,00mg/ml)</b>	<b>Soro Fisiológico 0,9%</b>	<b>240mg</b>	<b>2ML (AMPL C/ 80MG)</b>	<b>24/24h</b>	<b>EV</b>	<b>16/09 - 05:00</b>	<b>;</b>
<b>5. PLAMET (5,00mg/ml)</b>	<b>Soro Fisiológico 0,9%</b>	<b>10mg</b>	<b>2ML (AMPL C/ 10MG)</b>	<b>8/8h</b>	<b>EV</b>	<b>09/00</b>	<b>; 17/00</b>
<b>6. CETOPROFENO IV (100,00mg)</b>	<b>Soro Fisiológico 0,9%</b>	<b>100mg</b>	<b>1FRAP (FRAP C/ 100MG)</b>	<b>12/12h</b>	<b>EV</b>	<b>09/00</b>	<b>; 16/09 - 01:06</b>
<b>7. TRAMAL (50,00mg/ml)</b>	<b>Soro Fisiológico 0,9%</b>	<b>100mg</b>	<b>2ML (AMPL C/ 100MG)</b>	<b>8/8h</b>	<b>EV</b>	<b>13,00</b>	<b>; 21:00</b>
<b>8. PLAMET</b>	<b>SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 2</b>	<b>100mg</b>	<b>10ml</b>			<b>17/00</b>	<b>; 16/09 - 05:00</b>
<b>ALGODÃO HIDROLÓ - 500 GR</b>							
<b>ALGODÃO DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML - 2</b>							
<b>SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML - 2</b>							
<b>LUVIA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA - 2</b>							
<b>ANNA DAVILA DA SILVA</b>							
<b>15/09/2020 15:30</b>							
<b>IP: 192.65.4.101</b>							

*ANNA DAVILA DA SILVA  
Origen-05-590.092-EN*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 15/09/2020 15:24

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

**Dr. Nasc.:** 21/07/1985  
**Nº Prescrição:** 0027910979  
**Leito:** 4018/1

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DIPIRONA (500,00mg/ml)**  
 Áqua Destilada

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

6/6h EV  
 11:00 : 17:00 ; 23:00 ; 16:09 - 05:00 ;

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

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

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

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

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

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

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

## HORÁRIOS

**Prescritor:** CRM-16854

**9-SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO**

**Prescritor:** CRM-16854

**10-CURATIVO GRANDE +SF+GAZE**

**Prescritor:** CRM-16854

**11-PUNCAO C/ JELCO**

**Prescritor:** CRM-16854

**12-SINAIS VITAIS**

**Prescritor:** CRM-16854

**13-RETIRADA DE DRENOS DE**

**Prescritor:** CRM-8260

**14-COMPRESSAO COM FER**

**Prescritor:** CRM-8260

**Profissionais:** CRM-16854

**FRANCISCO THALES ANDRADE MESQUITA**

Reservado para o SNO

**ENTEROFIX**

Ass.

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

Ana Dávila da S<sup>th</sup>  
 Cidren-CE 559.892-247

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 15/09/2020 15:24

Página 3 de 3

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

**Dr. Nasc.:** 21/07/1985  
**Atendimento:** 68794036  
**Nº Prescrição:** 0027910979  
**Leito:** 40181  
**15/09/2020 às 06:00**  
**Peso:** 85,00 kg

**Prontuário:** 3852896

<b>GASTOS</b>					
<b>Descrição</b>	<b>Qtd.</b>	<b>Descrição</b>	<b>Qtd.</b>	<b>Descrição</b>	<b>Qtd.</b>
<b>TAMPA CONE LUER - 1 UD</b>	2	<b>TRAMAL</b>			
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100/1			
BROMOPRIDA 10MG/ML SOL INJ AMPL 2ML	2	ALCOOL 10% TOPICO FRAS 1000 ML	5		
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1		
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1		
<b>CESTOPRENO IV</b>		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1		
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2		
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1		
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 1			
ALCOOL 10% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL	5	ALCOOLO HIDROFOLIO - 500 GR	2		
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1				
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100/1	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2				
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1				
ALGOA HIDROFOLIO - 500 GR	4				
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1				
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL	5				
ALGOA HIDROFOLIO - 500 GR	4				
ALCOOL HIDROFOLIO - 500 GR	4				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2				
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10				
TAMPA CONE LUER - 1 UD	2				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2				
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4				
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 5000ML GL	30				
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	2				
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	2				
DIPRONA 1G 2 ML AMPL 2 ML	2				
DIPRONA 1G 2 ML AMPL 2 ML	2				
<b>Durativo Grande + Si+Gare Acolchada</b>					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	4				
LUVA DE PROCEDIMENTO MCK 50 PA	1				
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3				
CLOREXEDINA 0,2% ACONDOSA FRAS 1000 ML/50					
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100				

*Ana Dávila da Silva  
Caren-CE 532692-ENF*

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

16/09/2020 02:12

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	DL 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
-----------------------------	-------	-------	-------

  
Ticiana Barros de Sousa Almeida  
Enfermeira  
COPREME 3852896

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

16/09/2020 02:12 AM

00000002

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Convenio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 27932256

16/09/2020 às 02:12

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4018/1

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA

Profissionais: TICIANA BARROS DE SOUSA (COREN 594845)

## 1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO

Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
NIVEL DE ORIENTACAO	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratoria	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


 Ticiane Barros de Sousa, Enfermeira  
 COREN-CE 594845

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

15/09/2020 13:34

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 27926601	15/09/2020 às 13:33	
Posto: RPA - RECUPERACAO PÓS 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  
eNFO 10

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 - RECUPERACAO POS ANES	Leito: 218-RP/1		
Avaliação: PRESCRICAO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SAYURI NUNES (COREN 599266)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRÔ DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDIACO	Mantido		
12 - CHECAR			
CHECAR PRESCRIÇÕES MÉDICA E ENFERMAGEM Mantido			
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
5 - POSICIONAR			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFORTO Manhã Tarde Noite			

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

15/09/2020 00:28

01537\_SAH

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:
POSITIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Método:

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

## 7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO

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

## 8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

 Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS  
 EXPOSIÇÃO AMBIENTAL  
 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Méodo:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Méodo:


 Leandro Falcão Cruz  
 COREN-CE 591786-ENF

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1  
15/09/2020 12:28 AM  
rp1002\_07

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		
<b>Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA</b>			
Profissionais: LEANDRO FALCAO CRUZ (COREN 571186)			
<b>1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO</b>			
Nível de Consciência	desconhecido		
NIVEL DE ORIENTACAO	desconhecido		
ELIMINAÇÕES	desconhecido		
ACEITAÇÃO DA DIETA	desconhecido		
ATIVIDADE MOTORA	desconhecido		
CIANOSE EXTREMIDADES	desconhecido		
Sinais Vitais- Frequência Respiratoria	desconhecido		
Sinais Vitais- Temperatura	desconhecido		
Sinais Vitais - Frequência Cardiaca	desconhecido		
Pressão Arterial	desconhecido		
PADRAO RESPIRATORIO	desconhecido		
<b>2 - MANTER</b>			
ACESSO VENOSO PÉRVO E IDENTIFICADO	desconhecido		
<b>5 - ESTIMULAR</b>			
ESTÍMULO A MOBILIZAÇÃO	desconhecido		
AUTO-CUIDADO	desconhecido		
ACEITAÇÃO DA DIETA	desconhecido		
<b>8 - COMUNICAR</b>			
INTERCORRÊNCIAS	desconhecido		

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

  
Leandro Falcão Cruz  
COREN-SP 571.186-ENF

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

## 1. DIETA: GERAL-ADULTO I PARA POS-CIRURGIA

 Dt. Nasc.: 21/07/1985  
 N° prescrição: 27927755  
 Leito: 40181

 16/09/2020  
 às 06:00  
 Peso: 85,00 kg

 Atendimento: 68794036  
 prontuário 3852896

 POS ACCORDADO(A).  
 CRM-8260

2. Hidratação Venosa 2 fases: 18,52 mlKcal/dia

 Vol. Total: 500 ml  
 mlKcal/dia 500 ml  
 2ML (AMPL C/80MG) 2424h EV

3. GENTAMICINA (40,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100 ml

4. CEFALOTINA (1,00g)

Soro Fisiológico 0,9%

1g 1FRAP (FRAP C/1GR) 66h EV

5. PLAMET (5,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

Agua Destilada 10mg 2ML (AMPL C/10MG) 88h EV

6. IRAMAL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

Agua Destilada 100mg 2ML (AMPL C/100MG) 88h EV

7. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

Agua Destilada 100mg 1FRAP (FRAP C/100MG) 12/12h EV

8. DIPIRONA (500,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

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

9. SONDAÇÃO VESICAL DE ALIVIO

Agua Destilada 18 ml

10. CURATIVO GRANDE+SFGAZE ACOLCHOADA

SN

11. PUNCAO C/ JELCO

SN

12. SINAS/VIAS

ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO

13. Alta em: 16/09/2020

Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA


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


  
 Rafael Bezerril Nogueira  
 CRM-CE 8260

## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

 Emissão 16/09/2020 10:28  
Página 1 de 3

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

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

 Atendimento: 68794036  
16/09/2020 às 06:00  
Peso: 85,00 kg

## HORÁRIOS

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prescritor: CRM-8260

1.DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

3/3h ORAL

 POS  
ACORDADO(A).

Prontuário: 3852896

Emissão 16/09/2020 10:28

 Prescritor: CRM-8260  
2. Hidratação 2 Fases  
Venenosa

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

 Prescritor: CRM-8260  
3. GENTAMICINA (40,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

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

 240mg 2ML (AMPL C/ 80MG) 24/24h EV  
100ml  
17/09 - 05:00 ;

 Prescritor: CRM-8260  
4.CEFALOTINA (1,00g)

Soro Fisiológico 0,9%

1g 1FRAP (FRAP C/ 1GR)

6/6h EV

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

100ml

Prescritor: CRM-8260

5.PLAMET (5,00mg/ml)

Agua Deslizada

 10mg 2ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV  
17/09 - 01:00 ;

09:00 PACIENTE RECUSA ; 17:00 ;

Prescritor: CRM-8260

6.TRAMAL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

 100mg 2ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV  
13:00 ; 21:00 ; 17/09 - 05:00 ;

Ata vigilância

Prescritor: CRM-8260

7.CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

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

100ml

 Prescritor: CRM-8260  
8.

PLAMET

AGULHA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD

2

BROMOCAPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML 1

TAMPA CONE LUER - 1 UD

1

ALGODÃO HIDROLIZADO - 500 GR

2

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

 Página 2 de 3  
 Emissão 16/09/2020 10:28

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

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

Atendimento: 68794036  
 16/09/2020 às 06:00  
 Peso: 85,00 kg

Prontuário: 3852896

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIPIRONA (500,00mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	11:00	17:00	23:00	17/09 - 05:00	
Aqua Destilada	18ml								

## HORÁRIOS

Prescritor: CRM-8260

9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

Prescritor: CRM-8260

10. CURATIVO GRANDE + SF + GAZE

11:00 :

APRESENTAÇÃO CRM-8260

SN

11. PUNCAO C/ JELCO

11:00 :

Prescritor: CRM-8260

12. SINAIS VITais

12:00 :

Prescritor: CRM-8260

13. Alta em: 16/09/2020  
 Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO

Prescritor: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SND

ENTEROFIX \_\_\_\_\_ Ass.

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



# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 16/09/2020 10:28

Página 3 de 3

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

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

**Atendimento:** 68794036  
**16/09/2020 às 06:00**  
**Promoção:** 3852896  
**Peso:** 85,00 kg

## GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SER 20 ML	1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SER 20 ML	1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SER 20 ML	1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SER 20 ML	1
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1	AGUA DE PROCEDIMENTO MACX 50 PA	1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 10 ML	1	AGUA DE PROCEDIMENTO MACX 50 PA	1
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 10 ML	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML TUBO 100 Ml	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML TUBO 100 Ml	1
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SER 10 ML	1	KEFLIN FRAP 1 UD	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SER 10 ML	1	KEFLIN FRAP 1 UD	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
<b>DIPIRONA</b>		TAMPA CONE LUER - 1 UD		TAMPA CONE LUER - 1 UD		TAMPA CONE LUER - 1 UD	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	1	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 10	1	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 10	1	ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 10	1
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SER 10 ML	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SER 10 ML	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SER 10 ML	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	AGULHA DESCARTAVEL 10ML SER 10 ML	1	AGULHA DESCARTAVEL 10ML SER 10 ML	1	AGULHA DESCARTAVEL 10ML SER 10 ML	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SER 20 ML	1						
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2						
ALCOOL 70% (USO TOPICO) LIQ 500ML GL 15	15						
<b>Curativo Grande+St+Gaze Acolchoada</b>							
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	4						
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1						
CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50	1						
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100						
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3						
<b>TRAMAL</b>							
LENÇO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SER 10 ML	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1						
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML TUBO 100 Ml	1						
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1						
TRAMADOL 100MG/2ML 501 HAP KAP AMPL 1	1						
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SER 3 ML	1						

*Assinatura do paciente  
 CRISTIANE FURTADO BRAGA  
 554741*

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

16/09/2020 08:23

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO  
Convenio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 21/07/1985 Atendimento: 68794036 Prontuario: 3852896  
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 - PÉRIVIO 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 AVIAR SINAIS DE  
DESCONFORTO.

## ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO**

Página 1 de 1

16/09/2020 10:23

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 4018/1

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

Nº: 58558082 16/09/2020 às 10:19

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Paciente Não Covid.

[1]

Perfil Epidemiológico Covid19

POSTO 4B - MT

[1]

**Evolução de enfermagem**

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 LEGIVEL EM MSD  
 CURATIVO LIMPO E SECO EM MIE E MSE  
 SEM QUEIXAS ALGICAS.  
 SEGUO 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 AVIAR SINAIS DE  
 DESCONFORTO.

**ALERGIAS**

NEGA

[1]

Alergias

**DISPOSITIVOS**

Sim

[1]

Acesso Venoso Periférico

## EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

12/09/2020 22:

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 21/07/1985

Atendimento: 68794036

Prontuário: 3852896

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

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE

Leito: 214-RP/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

CD ORIENTAÇÕES  
PRESCREVO  
MANTER INTERNADO PARA ANTIBIOTICOTERAPIA

CID 10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

[1]

*Bruno Mota Albuquerque*  
MÉDICO  
CRM/EC 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

FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

[1]

Nome

Masculino.

[1]

Sexo

35 A 1 M

[1]

Idade

21/07/1985

[1]

Data De Nascimento

68794036

[1]

Nº Atendimento

## DADOS DO PACIENTE

Perfil Epidemiológico Covid19

Paciente Não Covid.

[1]

## MÓS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

## COMORBIDADES

## GRAU DE INDEPENDÊNCIA

## IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

## OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

LIMPEZA CIRURGICA + FASCIOTOMIA ANTERIOR Perna + FIXAÇÃO  
EXTERNAS DA TIBIA

[1]

Principal

## OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

## ALTA HOSPITALAR

2 Dias

[1]

Total De Dias

## SAÍDA CERTA

FRATURA EXPOSTA Perna

[1]

Motivo

**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): TAGITO 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 - CRIT 15260

**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  
PCT ESTAVEL, COM QUEIXAS DE DOR LEVE MAS AINDA COM LINFEDEMA QUE INCAPACITA A SÍNTSE DE FINITIVA CONDUTA - ELEVAÇÃO DO MEMBRO E REAVALIAÇÃO AMANHÃ

**CID 10**

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

*Débora Mota Cordeiro Praciano*  
MÉDICA  
CRM/MEC 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 cirúrgico 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 PERNAS	[1]



Dr. Bruno Britto Botelho  
CRM 9329 - HAPFOR  
100826 - Traumatologista  
9329 RQE 440

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

16/09/2020 09:40

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] N°: 58556128 16/09/2020 às 09:39

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

## Evolução Do Paciente

1 PÓS OP DE SPÍTESE 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]

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

## 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
<b>REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO</b>			
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 BRAQUIL PÓS ACIDENTE ALTA HOSPITALAR		
CID 10	SB2 FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOZELO		

Débora Mota Coimbra Praciano  
MÉDICA  
CREMEC 21.742



(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nasc. / /

Médico:

CRM:

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual será 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 Gest Indocâne + Rocaine ou a seguinte alternativa anestésica

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico 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.
- 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 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).
- 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

Confirme que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, comprehendo 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.

16 de 09 de 20 20

Hora: \_\_\_\_\_

Nome legível: X

Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme 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.

Ana Luiza Rovos 21/013

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

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE Eclarecido 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) \_\_\_\_\_ quanto 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 cardíovasculares 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.

Confirme que li, recebi explicações, comprehendo 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, Bruno Fornari, CRM N° 4329, 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 Eclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, 15 de Setembro de 20 20.

Dr. Bruno Fornari  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4329 ROE 4140

Assinatura/ Carimbo do Médico

Preencher quando não houver etiqueta

**FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
85	177	124x80	72	36	18	Sólidos <i>lh</i> Líquidos <i>lh</i>	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/ PROCEDIMENTO			DIAGNÓSTICO				
<i>Proteína C</i>							

AVALIAÇÃO CLÍNICA																	
Cardio-circulatório Tolerância ao exercício <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <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			Câncer <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Outras														
Respiratório <input type="checkbox"/> Dependência O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> VAS recente <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras			Infecioso <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras														
Gastrointestinal/hepático <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito/ diarréia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras			Gravidez <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Idade gestacional semanas														
Neurológico <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Outras			Crianças abaixo de 1 ano <input checked="" 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: <input type="checkbox"/> Idade gestacional semanas <input type="checkbox"/> Idade pós-conceptual semanas (Idade gest.+idade atual)														
Renal <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras			Hábitos Sociais <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco <input checked="" type="checkbox"/> Álcool <i>Social</i> <input type="checkbox"/> Cigarros/dia <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Drogas														
Hematológico <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Outras			Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tipo/Agente <input type="checkbox"/> Reação														
Cirurgia/anestesia prévia <input type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <tr> <td>Cirurgia</td> <td>Anestesia</td> <td>Dados relevantes</td> </tr> <tr> <td><i>fixador</i></td> <td><i>extubado</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	<i>fixador</i>	<i>extubado</i>							
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes															
<i>fixador</i>	<i>extubado</i>																
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																	
Comentários sobre os achados																	

Anestesiologista	CRM
------------------	-----

DATA	HORA
<i>15/07/20</i>	
ASSINATURA	
<i>Julia Berros</i>	
Data: <i>21/07/13</i>	





(Preencher quando não houver espaço)

Nome completo (paciente):

Flávio de Souza

Data de Nasc.

CPF:

Médico:

CRM:

Centro 100

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido(a) 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 a seguir alternativa anestésica

6662/SC/MS

04/06/2011

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

### PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirme 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 2010

Hora: 09:30

Nome legível:

Assinatura:

Grau de parentesco do responsável:

CPF:

### TESTEMUNHA

Nome legível:

Assinatura:

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme 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

Dr. Gerson Henrique  
CRM 100

# PROTOCOLO BLOCO CIRURGICO (Prontuário e exames)

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

## PRONTUÁRIO:

- Ficha de Internação  
 Prescrição Médica  
 Evolução Médica

- Boletim Cirúrgico  
 Perioperatório  
 Check list  
 Orientações Médicas

- Atestado  
 Receituário  
 \_\_\_\_\_

## EXAMES :

- ECG  
 Laudo Cateterismo  CD Cateterismo  
 Exames Laboratoriais  Receituário  
 ECO Doppler  Atestado  
 ECO Stress  Orientações  
 ECO Trans esofágico  Guia de fisio  
 Teste Ergométrico  
 Cintilografia  
 Cineangiocoronariografia  
 Risco Cirúrgico

- CD \_\_\_\_\_  
 Laudo US \_\_\_\_\_  
 Laudo TC \_\_\_\_\_  
 Laudo RX \_\_\_\_\_  
 Felícula RX \_\_\_\_\_

## OUTROS:

Equipe CC: Sonia e Janne

Setor que recebeu:

RPA  Postos  UTI

Ass: R

Ass: \_\_\_\_\_

Exames devolvidos para paciente ou responsável:

Ass: \_\_\_\_\_

Setor que paciente foi transferido:

Leito: ( )

Ass: \_\_\_\_\_

Observações:]


Atenção: Este impresso deverá ser arquivado na RPA.

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

NOME COMPLETO DA PACIENTE:

*Flávia da Silva Souza*

Data da Elaboração:  
20/03/2017

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

*FOZ*

DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO

*12/03/2020*

**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:**

*0*

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) 6

RESULTADO: **RISCO ALTO ( )**

**RISCO MODERADO ( )**

**RISCO BAIXO ( )**

*6*

#### **MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA**

1. Pesquisa de fatores de risco de deficit 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 decubito a 30° exceto em casos de contra-indicação ou determinação expressa do médico assistente;
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia.

*Jefferson Caneiro*  
CORE/CE 519637-ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE Eclarecido PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



ANTONIO  
PRUDENTE

Nome do Paciente: Fábio Henrique da Silva Santiago

Data de Nascimento: 03/07/85

Data de Internação: 30/09/20

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) \_\_\_\_\_ quanto 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.

Confirme que li, recebi explicações, comprehendo 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 \_\_\_\_\_.  
Fábio Henrique 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 Eclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.  


Assinatura/ Carimbo do Médico

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS			Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULARIO: 015	Setor: 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: 100 F03 Data de admissão: 12.09.2020  
 Leito: 1 Data da realização da escala: 12.09.2020

Itens	Escalas Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	4
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	2
		2	Doenças Crônicas	
C	Estado de consciência e orientação	2	Doenças oportunistas	2
		2	Uso de medicamentos	
D	Estado psico-cognitivo	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	2
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
E	Comprometimento Sensorial	2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	2
		4		
F	Mobilidade/equilibrio corporal	1	Alerta e calmo	2
		2	Depressivo	
G	Alterações nas eliminações	3	Ansioso	2
		4	Agitação psicomotora	
H		1	Sem comprometimento sensorial	2
		2	Dificuldade auditiva	
I		3	Dificuldade visual	2
		4	Dificuldade sensorial	
J		1	Independente e sem fator de risco	2
		1	Acamado	
K		1	Locomoção-se apenas com ajuda	2
		2	Locomoção-se com cadeiras de rodas	
L		3	Locomoção-se com ajuda de apoiros de marcha	2
		4	Locomoção-se se apoiando no mobiliário	
M		1	Não	2
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				<u>10</u>

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
ISCO MODERADO/ RISCO ALTO	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral prévio	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmose
Anti-Histamínicos	Tontura	Pneumonia *
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	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. Cameiro COREN-CE 519637-ENF	



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

Nome completo

Data de nascimento 21/12/95

FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data 15/01/20	Hora do 13:00	Cringia Realizada <u>Prótese de fundo</u>	tipo de anestesia <u>Desconhecido</u>
Hora da admissão na RA: 13:00	Assinatura <u>Dr. Francisco</u>	Crangão <u>2000000</u>	Prótese <u>Prótese</u>

CONTINUOUS

PERÍODO	HORA	TEMP	FC	FR	PA	SPO <sub>2</sub>	DOR/SCORE	ELEGÍVEL PARA PUERPERA	
								LÍQUIDOS - RUBRO	LÍQUIDOS - RUBRO
a cada 15 min	13:00	34	58	17	133/88	95/	—	<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados
a cada 15 min	13:15	35	57	16	133/88	96	—	<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados
a cada 15 min	13:30	36	59	18	132/88	96	—	<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados
a cada 15 min	13:45	36	1	17	131/82	94	—	<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados
a cada 30 min	14:15	36	2	17	132/80	94	0	<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados
a cada 30 min	14:45	36	2	17	132/80	94	0	<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados
a cada hora								<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados
a cada hora								<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados
a cada hora								<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados
a cada hora								<input type="checkbox"/> Fisiológicos	<input type="checkbox"/> Aumentados

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade		
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% a 49% do nível pré-anestésico	2	
Pressão arterial em 50% 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 <sub>2</sub> suplementar para manter a saturação de O <sub>2</sub> > 90%	1	
Saturação de O <sub>2</sub> < 90% mesmo com O <sub>2</sub> suplementar	0	
HORA: 13:00 SCORE: 9		
HORA: 14:00 SCORE: 9		
HORA: 15:00 SCORE: 10		

Melito  
(Assinatura e carimbo)

Melito  
(Assinatura e carimbo)

Nome completo: Feliciano da SilvaData de nascimento: 21/7/85

Número do registro hospitalar: \_\_\_\_\_

## TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 15/09/20 Hora: 13:00 Unidade de origem: 2 PTA Unidade de destino: \_\_\_\_\_

Responsável pelo transporte:  Técnico de Enfermagem  Enfermeiro  Médico  Fisioterapeuta De Transporte

## SITUAÇÃO

Motivo da transferência:	<u>Ata ortostática</u>					
Diagnósticos:	<u>Fratura Tibia 80%</u>					
Sinais Vitais:	PA: <u>100/83 mmHg</u>	FC: <u>88 bpm</u>	FR: <u>18 rpm</u>	T: <u>34.9 °C</u>	SpO2: <u>100%</u>	Estre de dor: <u>0</u>
Medicamentos em uso:						
Riscos gerenciados:	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> TEV <input type="checkbox"/> LPP <input checked="" type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros					
Protocolos gerenciados:	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Outros					
Suprimento de oxigênio:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Cateter I/min <input type="checkbox"/> Nebulização I/min <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica					
Acessos vasculares:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Portacath <input type="checkbox"/> Outros					
Sondas, drenos, ostomias:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?					
Outros dispositivos:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?					
Lesão de pele:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local: _____ Estágio: _____					
Curativos:	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual produto?					
Precaução:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Aerossóis <input type="checkbox"/> Goticulas					
Monitorização:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?					
Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Comatoso					
Locomoção:	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula sem auxílio <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado					
Transporte utilizado:	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Incubadora de transporte					

## BREVE HISTÓRICO

Antecedentes:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> IDM <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Outros
Alergias:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?
Procedimentos realizados:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?
Valores, crenças, barreiras:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO

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

## RECOMENDAÇÕES

R	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual(is): _____
Recomendações especiais e pendências:	Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

Foi realizado o exame:  Não  SimPaciente 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: Isabel Santos

 Data de nascimento: 21/07/2005

 Idade: 35
**FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA**

Data: <u>22/10/2010</u>	Hora: <u>22:45</u>	Horário: <u>22:45</u>	Urgência: <u>22:45</u>	Urgência: <u>22:45</u>
Hora da admissão: <u>22:45</u>	Hora: <u>22:45</u>	Anestesiado: <u>Isabel Santos</u>		Curitiba: <u>Brasília</u>

**CONTROLES:**

PERÍODO	HORA	TEMP.	FE	FR	PA	SPO <sub>2</sub>	DOR/SCORE	ELIGÍVEL PARA PUÍPERA	
								LÓQUIOS	RUBRO
à cada 15 min	<u>22:45</u>	<u>30</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>134/158</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
à cada 15 min	<u>23:00</u>	<u>35</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>123/181</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
à cada 15 min	<u>23:15</u>	<u>36</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>130/164</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
à cada 15 min	<u>23:30</u>	<u>36</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>130/171</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
à cada 30 min	<u>23:45</u>	<u>36</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>137/161</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
à cada 30 min	<u>20:45</u>	<u>35</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>137/161</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
à cada hora	<u>21:00</u>	<u>35</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>137/161</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
à cada hora	<u>21:15</u>	<u>35</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>137/161</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
à cada hora	<u>21:30</u>	<u>35</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>137/161</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
à cada hora	<u>21:45</u>	<u>35</u>	<u>1</u>	<u>18</u>	<u>137/161</u>	<u>97</u>	<u>0</u>	( ) Fisiológicos ( ) Aumentados	
Glicose Capilar									
Técnico de Enfermagem	<u>Isabel Santos</u>								
(Assinatura e carimbo):	<u>Isabel Santos</u>								

**CRITÉRIOS AVALIADOS PELO ÍNDICE DE STEWARD (0 A 12 ANOS)**

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

**ÍNDICE DE ALDRETE E KROLIK MODIFICADO**

Índice de avaliação	Condição	Score	Score	Score	Score	Score	Score	Score	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	<u>2</u>							
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	<u>1</u>							
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	<u>0</u>							
Circulação	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	<u>2</u>							
	Dispneia ou limitação da respiração	<u>1</u>							
	Apneia	<u>0</u>							
Líquido, orientado no tempo e espaço	Líquido, orientado no tempo e espaço	<u>2</u>							
Consciência	Desperte se solicitado	<u>1</u>							
	Não responde	<u>0</u>							
Saturação	Capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> > 92% respirando ar	<u>2</u>							
	Necessita de O <sub>2</sub> suplementar para manter a saturação de O <sub>2</sub> > 90%	<u>1</u>							
	Saturação de O <sub>2</sub> < 90% mesmo com O <sub>2</sub> suplementar	<u>0</u>							
Médico	Hora: <u>21:45</u>	HORA:	Score:	<u>10</u>					
(Assinatura e carimbo):	<u>Isabel Santos</u>								
ESCALA DE DOR									
0 - SEM DOR	1 a 3 - DOR LEVE	4 a 6 - DOR MODERADA	7 a 10 - DOR INTENSA						
Movimentação									
Movimentos não intencionais	1	0							
Sem movimentação	HORA:	SCORE:							

 Médico  
(Assinatura e carimbo):  
Isabel Santos

Código:  
ANEXO.046.002-00Setor:  
ENFERMAGEM -  
EMERGÊNCIAPágina:  
1 de 1Data da Elaboração:  
31/03/2015Unidade solicitante: ANA LIMA

Médico responsável:

Unidade receptor: ANTONIO PRUDENTE

Médico responsável:

Data da solicitação: 12/09/2000Hora da solicitação: 17:00Data da saída do paciente:   /  /  Hora da saída do paciente:   :  :**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: FLÁVIA NO DO SILVA SANTIAGOSexo: M Data de Nascimento:   /  /   RG:   **DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE DE ENTRADA NA UNIDADE**Diagnóstico de entrada: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO COMO X MOTO  
Fratura exposta da perna esquerdaConduta inicial: ANALGESIA + IMOBILIZAÇÃOExames realizados na unidade: Radiografias**EVOLUÇÃO  
PDO PACIENTE**Alterações verificadas após a conduta inicial:   Recurso solicitado para o caso: Transferência do setor de  
trauma logo do antônio prudenteJustificativa para a solicitação: NÃO DISPONÍVEL 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 HapFor

Aprovador:

Carlos Augusto - Diretor Médico Corporativo

Milaine - Sup. Adj. Da Área Médica

Nome completo Eliziane de Souza 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	<u>Alta cirúrgica</u>					
Diagnóstico(s)	<u>+ extensão de Fáscia</u>					
Sinais Vitais	PA <u>83/158 mmHg</u>	FC <u>81 bpm</u>	FR <u>18 rpm</u>	T <u>35 °C</u>		
SpO2	<u>96%</u>	Escala de dor				
Medicamentos em uso						
Riscos gerenciados	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Flebite	<input type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> ILPP	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Outros
Protocolos gerenciados	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sepse	<input type="checkbox"/> Dor torácica	<input type="checkbox"/> Outros		
Suprimento de oxigênio	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Cateter	l/min	<input type="checkbox"/> Nebulização	l/min
Acessos vasculares	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> CVP	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Port a cath
Soníhos, drenos, ostomias	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?			
Outros dispositivos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?	<u>Ficocath</u>		
Lesão de pele	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Local:			Estágio
Curativos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual produto?			
Precaução	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Contato	<input type="checkbox"/> Aerossóis	<input type="checkbox"/> Gotículas	
Monitorização	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?			
Nível de consciência	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Comatoso		
Locomoção	<input type="checkbox"/> Deambula sem auxílio	<input type="checkbox"/> Deambula com auxílio	<input type="checkbox"/> Acamado			
Transporte utilizado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca	<input type="checkbox"/> Incubadora de transporte			

### BREVE HISTÓRICO

<b>B</b>	Antecedentes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Outros
	Alergias:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?				
	Procedimentos realizados	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?				
	Valores, crenças, barreiras	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?				Data: _____

### AVALIAÇÃO

<b>A</b>	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	<u>S/I.</u>
----------	---	-------------

### RECOMENDAÇÕES

<b>R</b>	Recomendações especiais e pendências	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual(s)?
	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:

Condução imediata:  Não  Sim Qual:

Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)?  Não  Sim

Sinais Vitais PA mmHg FC bpm FR rpm T °C

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

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

## 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	as 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]

## CONFORTE

## 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]
Inicio Da Anestesia	11:10	[2]
Término Da Anestesia	12:45	[3]
Inicio Da Cirurgia	11:35	[1]
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]

 2020-09-15 13:11:53  
 HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

## 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]	
<b>SINAIS VITAIS</b>			
P脉	67 bpm	[2]	
PA	142X96	[2]	
PAM	111	[2]	
FC	67 bpm	[2]	
<b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>			
Sat O2	100 %	[2]	
<b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>			
Data	15/09/2020	[2]	
Hora	12:05	[2]	
<b>OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS</b>			
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]
<b>PÓS-OPERATÓRIO</b>			

## 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.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	SIM.	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO.	[2]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[2]
Confirmação De Vaga Em Utí	NÃO.	[2]
Kit Cirúrgico 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 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.	

## 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	
<b>As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas</b> [2]			
<b>AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO</b>			
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.		[2]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, 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		

## SPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 22:

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO  
Início: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 21/07/1985 Atendimento: 68794036 Prontuário: 3852896  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/1

## Previstas

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

## O TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento SIM. [1]  
Devidamente Realizados

As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas SIM. [1]  
E Agulhas Estão Corretas

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

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

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E SIM. [1]  
O Cérebro Do Paciente

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento SIM. [1]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar DORSAL [1]

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

## SPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 22:

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO Dt. Nasc.: 21/07/1985 Atendimento: 68794036 Prontuário: 3852896  
 Invênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/1  
 Profissional(is): SORAIA VENTURA DE LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 983959 [1] N°: 58436269 12/09/2020 às 22:08

## PACIENTE

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]
Cirurgia- Descrição	NAO	[1]

## ONFORTO

## ITR-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]
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,DIPIRONA	[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 FIXADOE EXTERNO E CURATIVO	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]

## SINAIS VITAIS

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

## SPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 22:

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

Pulso	81 bpm	[1]
PA	120X80	[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]

## OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

O <sup>o</sup> rvavação	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 SEDAÇAO, APOS TERMINIO DE PROCEDIMENTO PACTE ENCAMINHADA PARA SR E SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]

## ÓS-OPERATÓRIO

## SPITAL ANTONIO PRUDENTE

12/09/2020 22:

ciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 68794036	Prontuário: 3852896
nvénio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/1	
fissional(is): SORAIA VENTURA DE LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 983959 [1]	Nº: 58436101	12/09/2020	às 22:02

## ADOS DA ADMISSÃO

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

## NTES DE ENCAMINHAR AO CC

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

## NTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

## NTES 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 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 Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

## 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

RX.

[1]

Exames E Procedimentos

RX.

[1]

## NUTRICIONAL / METABÓLICO

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

[1]

Jejum

Preservada.

[1]

Dentição

Preservada.

[1]

## LIMINAÇÕES

Presente.

[1]

Intestinais

Presente.

[1]

Urinárias

Presente.

[1]

## SONO / REPOUSO

Sim.

[1]

Conclia Sono e Repouso

Não.

[1]

## COGNITIVO / PERCEPTIVO

Não.

[1]

Em Ouvir

Não.

[1]

Compreender

Não.

[1]

Memorizar

Não.

[1]

Falar

Não.

[1]

## CONFORTO

Sim.

[1]

Queixas de Dor


 Gabriel Maximiano da Costa  
COREN-SP 598062-ENF

## 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]





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 - Sítio 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 SANCHO DE MACEDO	6-TRAUMATOLOGICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA-(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE CI PRONTUÁRIO  
Folha 2289  
Assinatura

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

### HOSPITAL ANTÔNIO 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]
Febre	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[1]

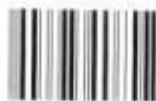
CONFERE CI PRONTUÁRIO  
74622 22291  
12/09/2020



ANTONIO  
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
69010043



ESTE PRONTUARIO E 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 - Sítio 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	Matrícula	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			

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 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	HISTÓRIA 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 CLINICA

Página 1 de 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: 133223/1		
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 PERNAS ESQUERDA COM PRESENÇA DE LESÃO CORTOCONTUSA (FRATURA EXPOSTA??) CD- SOLICITO RX DE PERNAS ESG	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

CONFERE CI PRONTUÁRIO  
 FILIPE 7284  
 Assinatura

**HOSPITAL ANTÔNIO 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 EF: GUSTILLO 2 BOA PERFUSAO DISTAL CD ORIENTAÇÕES ANALGESIA SOL PRE OPP SOL INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA DE URGENCIA	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		

CONFERE CI PRONTUÁRIO  
 Ed 10/6 22851  
 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 SUPORTE

CETOPROFENO 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  
 Betto 27/09  
 Assinatura

CONFERE C/ PRONTUÁRIO  
Assinatura

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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	HISTÓRIA 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 CLINICA

Página 1 de 1

### HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO	Dt. Nasc.: 21/07/1985	Atendimento: 69010043	25/09/2020 16:29
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Prontuário: 3852896	
Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1]	Leito: /		
	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





# 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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372155/20

**Vítima:** FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

**CPF:** 017.636.833-70

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/09/2020

**Titular do CPF:** FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## 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](http://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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/09/2020

**Titular do CPF:** FLAVIANO DA SILVA SANTIAGO

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## 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](http://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:  01763683370 4 - Nome completo da vítima:  Mariano de Silva Santiago

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:  Mariano de Silva Santiago 6 - CPF:  01763683370  
 7 - Profissão:  eletricista 8 - Endereço:  PV Viana Beira 9 - Número:  Sem 10 - Complemento:  CASA  
 11 - Bairro:  Viana Beira 12 - Cidade:  Maranguape 13 - Estado:  CE 14 - CEP:  61940005  
 15 - E-mail:  65490906150@gmail.com 16 - Tel.(DDD):  9852-9061

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:     
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu à luz  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

40 - Local e Data,  Fortaleza (CE) 22/12/2020  
 \*FavianodeSilvaSantiago  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)   
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **CONDOMINIO COLINAS**

*Dados da(s) Vítima(s)*

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

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **OR00266** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0550ER104454** Renavam: **594227097** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** 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 OR00266/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 N°9388/2020, 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 : "ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Flávio de Silva Santiago

VISTO DO(A) DELEGADO(A): JURANDIR BRAGA NUNES - MAT.: 93141

X Flávio 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:  01763683370 4 - Nome completo da vítima:  Mariano de Silva Santiago

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: <input type="text"/> Mariano de Silva Santiago	6 - CPF: <input type="text"/> 01763683370		
7 - Profissão: <input type="text"/> eletricista	8 - Endereço: <input type="text"/> PV Vila Brasil	9 - Número: <input type="text"/> Sem	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> Vila Brasil	12 - Cidade: <input type="text"/> Maranguape	13 - Estado: <input type="text"/> CE	14 - CEP: <input type="text"/> 61940005
15 - E-mail: <input type="text"/> 65490906150@gmail.com		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 9852-9061	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: <input type="text"/>	18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/>	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/>
---	---	---

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> Inter 2
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>

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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="text"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deu à luz <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33 - Vítima deu à luz <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?

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

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): <input type="text"/>	38 - 1º   Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): <input type="text"/>	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): <input type="text"/>	39 - 2º   Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  Fortaleza (CE) 22/12/2020

\* Mariano de Silva Santiago

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

# 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 da Conta:

2081054

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada em 04/10/2008  
em 25/03/2011 de 2002

enel

Para aplicar seu abatimento, utilize o número  
acima que encontra em contato com a

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

Rota MG-25084 11300 Referência 07/2020

Nome MARIA AURILENE CASTRO DO NASCIMENTO Medidor 1915880 ABB 611

Endereço PV UMARIZELAS, 0000, UMARIZELAS, 62340-005, MARANHÃO

Classificação Resid. Busto Reservado

Modalidade Tarifária RENDIMENTO

Ligação Monofásico

## ÁREA RESERVADA AO FISCO

## DATAS DE LEITURA

Anterior 27/06/2020 Atual 27/07/2020 Próxima projeção

## ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



## DADOS DA MEDICÃO

Posto	Leit.	<input type="radio"/> Leit.	<input type="radio"/> Anterior	<input type="radio"/> Cons.	<input type="radio"/> Consumo	<input type="radio"/> Consumo	<input type="radio"/> Consumo	<input type="radio"/> Tarifa	<input type="radio"/> Valor
EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF

## DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CPI - 100% PIS/FINAME	4,81	
CONSUMO SEN. SUBVENÇÃO	19,36	
DESCONTO BAIXA RENDA	19,36	
CONSUMO DE 0000 KWH ATÉ 1000 KWH	0,18267	5,48
CONSUMO DE 1000 KWH ATÉ 1000 KWH	0,319483	14,13
COFINS COMPE BA RENDA		0,32
PIS COMPL. BA RENDA		0,08
BONUS ITAIPU		1,01

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

MOVIMENTO	15.09.2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	23,81

## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> kg/MWh. O consumo das emissões  
pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) | Conversão kg (CO<sub>2</sub>) | Consolidação (KCO<sub>2</sub>)

CPF/CNPJ 847.099.853-34

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**REAVISO DE DEBITO** Esta unidade consumidora  
está sujeita 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: Constam os seguintes débitos sujeitos  
a ações de cobrança, como inclusão em ÓRGÃOS  
DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já  
tenha efetuado o pagamento, favor  
desconsiderar. N° Cliente: 000002881854.

FATURADO POR MÉDIA - LEITURA BIMESTRAL

Periodos: Bim. Tarif.: Verde | Válido: 25/06 - 22/07

100%100%100%  
MES-ANO 01/2020  
02/2020 54,45  
Total: R\$ 54,45