

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVAN MARTINS BARBOSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06461

CONTA: 000000050468-7

Autenticação:

295883FD6E495A80AE45686B4E594EFD6CA7D90A3BAB3A99672F819E93383B28

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVAN MARTINS BARBOSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06461

CONTA: 000000050468-7

Autenticação:

7F897030DD40D67A965E777E91753919311B8F79F857872103CEA6C024B7598C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094283 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVAN MARTINS BARBOSA **Data do acidente:** 13/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO, LESÕES EXTENSAS NO JOELHO E NA PERNA À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME, APRESENTA DEFORMIDADE EM VALGO E FORÇA GRAU II NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS. BLOQUEIO MODERADO DOS MOVIMENTOS DA ABDUÇÃO E EXTENSÃO DO QUADRIL, BLOQUEIO GRAVE DA FLEXÃO DO JOELHO.

Resultados terapêuticos: REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. FIXAÇÃO EXTERNA DO FÊMUR E POSTERIOR OSTEOSSÍNTESE. EVOLUIU COM INFECÇÃO E SÍNDROME COMPARTIMENTAL. FEZ ANTIBIOTICOTERAPIA. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DESCOMPRESSIVO E NOVA OSTEOSSÍNTESE. DESTA VEZ COM ENXERTIA ÓSSEA. ALTA DEFINITIVA EM 28/02/2020.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/06/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 20/03/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 75% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094283 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVAN MARTINS BARBOSA **Data do acidente:** 13/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO SENDO REABORDADO COM PLACA E PARAFUSOS, P12/P28

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094283

Vítima: GILVAN MARTINS BARBOSA

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILVAN MARTINS BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094283

Vítima: GILVAN MARTINS BARBOSA

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GILVAN MARTINS BARBOSA

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

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094283

Vítima: GILVAN MARTINS BARBOSA

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILVAN MARTINS BARBOSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **GILVAN MARTINS BARBOSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000006461**

Conta: **0000050468-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094283

Vítima: GILVAN MARTINS BARBOSA

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GILVAN MARTINS BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094283

Vítima: GILVAN MARTINS BARBOSA

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILVAN MARTINS BARBOSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **GILVAN MARTINS BARBOSA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **341**

Agência: **000006461**

Conta: **0000050468-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 884.453.643-91 4 - Nome completo da vítima: GEOVÂNIO RODRIGUES DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: GEOVÂNIO RODRIGUES DE ARAUJO 6 - CPF: 884.453.643-91
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA SÃO RAIMUNDO 9 - Número: 380 10 - Complemento:
11 - Bairro: ITAMBE II 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63600-004
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 996333354

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3281 ☐ CONTA: 46945 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA - CE 03/02/2020

X GEOVÂNIO RODRIGUES DE ARAUJO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2020148175



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 11695 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/12/2019 10:46:00**
Data / Hora da Ocorrência: **29/10/2018 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R SANTA CECILIA, ITAMBÉ - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **ITAMBÉ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GEOVÂNIO RODRIGUES DE ARAÚJO**
Nascimento: **06/07/1979** CPF: **884.453.643-91**
RG: **95002407007** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **FRANCISCA ELENITA RODRIGUES DE ARAUJO**
FRANCISCO BATISTA DE ARAUJO
Endereço: **RUA SÃO RAIMUNDO, 380**
Bairro: **ITAMBÉ II**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8561-4861**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrito, pilotava a bicicleta de marca Monarck de cor preta quando foi desviar e um ônibus e foi atropelado por um outro veículo de placas não anotadas; que o declarante caiu ao solo e na queda fraturou o fêmor direito; Que o declarante não sabe quem o levou para o hospital pois quando acordou estava no hospital Municipal de Caucaia e em seguida foi transferido para o hospital de Maracanaú.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

GEOVÂNIO RODRIGUES DE ARAÚJO

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 11914 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/12/2019 13:15:59**
Data / Hora da Ocorrência: **13/10/2019 21:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 085, BARRA DO CAUIPE - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILVAN MARTINS BARBOSA**
Nascimento: **12/04/1994** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **GERONCIA MARIA MARTINS BARBOSA**
RAIMUNDO NONATO FERREIRA BARBOSA
Endereço: **RUA JUDITE DA ROCHA , 7**
Bairro: **PLANALTO CAUIPE**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIP6582** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2JC4110CR460892 Renavam: **454803389** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **GILVAN MARTINS BARBOSA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrito, pilotava a moto já mencionada cima quando foi colhido pelo veículo de placas não anotadas; Que o veículo colidiu na moto do declarante e se evadiu sem prestar socorro; Que o declarante foi socorrido por uma ambulância do Samu para o IJF centro de Fortaleza onde recebeu tratamento médico; Que o declarante teve uma fratura na perna direita.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **GILVAN MARTINS BARBOSA**, portador do RG n.º 2007496127-0, SSPDS-CE, inscrito no CPF n.º 068.849.193-61, dia 13/10/2019, às 22h14, Município de Caucaia-CE, na Rodovia CE 085, Bairro Cauipe, próximo a entrada do Pecém, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 09 de dezembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

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: 884.453.643-91 4 - Nome completo da vítima: GEOVÂNIO RODRIGUES DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: GEOVÂNIO RODRIGUES DE ARAUJO 6 - CPF: 884.453.643-91
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA SÃO RAIMUNDO 9 - Número: 380 10 - Complemento:
11 - Bairro: ITAMBE II 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63600-004
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 996333354

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3281 ☐ CONTA: 46945 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA - CE 03/02/2020

X GEOVÂNIO RODRIGUES DE ARAUJO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)




GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **GILVAN MARTINS BARBOSA**, portador do RG n.º 2007496127-0, SSPDS-CE, inscrito no CPF n.º 068.849.193-61, dia 13/10/2019, às 22h14, Município de Caucaia-CE, na Rodovia CE 085, Bairro Cauipe, próximo a entrada do Pecém, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 09 de dezembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

3345131

foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética da Ceará

Rua Padre Valdevino, 160

CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ: 07047261/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 037804918

Rota CA013U01 - 2350000

Referência 11/2019

Nome GEOVANI RODRIGUES DE ARAUJO

Endereço RU SAO RAIRUNDO, 00380, ITAMBE II, 61600-004,

CAUCAIA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 20/11/2019

Medidor 3551019-CPN-308

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

RESERVAÇÃO DE CONSUMO

DATAS DE LEITURA P.F.: 00 dias

Anterior 18/10/2019 Atual 20/11/2019 Próxima prevista 19/12/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	6,874	6,730	1,00	76	80	76	0,72829	55,35

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUE PREF MUNIC		11,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00789	0,60
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03434	2,61
CONSUMO	0,72829	55,35
MULTA	-	1,07

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	58,56	27,00	15,80
PIS	58,56	0,04	0,02
COFINS	58,56	0,30	0,16

06/12/2019

70,99

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 884.453.643-91

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (NCO) 0,00%

29,67

0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 19/10 -
31/10 Vermelha : 01/11 - 20/11SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS
TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO
0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO
CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS
REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES.
PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

DÉBITOS ANTERIORES

MÊS-ANO VALOR (R\$)

05/2019 52,04

07/2019 82,37

08/2019 74,22

09/2019 74,65

10/2019 64,84

OUTROS 2356,81

Total: R\$ 2784,93

Nº do Cliente: 3345131
Data de Emissão: 20/11/2019
Nº da Nota Fiscal: 037804918Referência: 11/2019
Total a Pagar (R\$): 70,99
Nº de Controle: 200003441772

V: [1.0.0.5]

(BR) 1.2.2005/2011

83830000000 4 70990031200 7 00344177207 7 00003345131 1



83830000000 4 70990031200 7 00344177207 7 00003345131 1



Atendimento 1.607.221
Nº Prontuário 459.885
Dt Internação 18/10/2019 19:33

Nome: Gilvan Martins Barbosa
Titular do Conv: Gilvan Martins Barbosa
Estado Civil: Casado
Nome Pai: Raimundo Nonato Ferreira Barbosa
Nascimento: 12/04/1994
Endereço: JERUSALEM, 28 CAUCAIA
Bairro: CAUCAIA
Naturalidade:

Conjuge:
Nome Mãe: Gerencia Maria Martins Barbosa
Idade: 25 Anos
Cidade: Fortaleza
Religiao:

Cid:
Sexo: Masculino
CPF: 06884919361
Identidade: 20074961270
Telefone 1: (85) 988993922
Dt Entrada: 18/10/2019
Dt Alta: 06/11/19

Acomodação: Enfermaria
Unidade: 803 - A
Plano de Saúde: Nome UNIMED
GIH:
Autorização: 122416703
Empresa:
Cód. Usuário: 09790020055210860

Responsáveis:
Nome: não digitado
Endereço: não digitado
RG:
CPF: não digitado
Parentesco:
Telefone 2: não digitado
Telefone 3: não digitado
Telefone 4:
Nome: auditado
Endereço: 14/11/19
RG: Carol
CPF:
Parentesco:
Telefone:
Celular:
Trabalho:

Queixa Principal:

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(a) Gilvan Martins Barbosa, CPF nº 06884919361, aqui declarado, internado neste Hospital, assume, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos, materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessários durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por seu plano de saúde, afirma também ter conhecimento que o Hospital Uniclínica não se responsabiliza por valores em dinheiro e objetos pessoais deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não havendo, desta forma, qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a sua permanência no mesmo.

Responsável pelo Atendimento

Maria Viriane Vieira Freitas

Paciente ou Responsável.

Paciente	Gilvan Martins Barbosa	Dr. Internação	18/10/2019 19:33	Atendimento	1607221
Identidade	20074961270	CPF	06884919361	Telefone 1	988993922
Data Nascto	12/04/1994	Idade	25 Anos	Telefone 2	não digitado
Endereço	JERUSALEM, 28 CAUCAIA	Bairro	CAUCAIA	Sexo	Masculino
Internação		Apto / Leito	Posto 8 / 803	CEP	60.000-000
Convênio	UNIMED	Cód.Usuário	09790020055210860	Clinica	Cirurgica
Guia		Senha	122416703	Dr. Validade	30/06/2020
Médico	Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)				

Responsável	não digitado	Telefone 3	não digitado
Identidade		Telefone	não digitado
Endereço	não digitado	CEP	não digitado

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO

Autorizo a equipe médica do Hospital Uniclínica, a prestar atendimento médico-hospitalar e/ou cirúrgico ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, assim como encaminhar para exames complementares qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessária para esclarecimento diagnóstico ou tratamento, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários para o meu atendimento.

Fui informado quanto a proposta de tratamento(s), assistência clínica, medicamento(s) ou procedimento(s) (exames e cirurgias) a(s) qual(is) serei submetido. Fui informado ainda que os benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica, sendo a mim concedida a oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre e esclarecido.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o tratamento / assistência clínica / procedimento ou realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Fui esclarecido das limitações do contrato como beneficiário de plano de saúde, estando ciente que o simples fornecimento de guia/senha de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio. O hospital não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre mim e a Operadora de Planos de Saúde e havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, o hospital poderá cobrar os valores devidos diretamente a mim e/ou ao meu responsável, pela tabela própria, a qual se encontra à disposição para consulta na administração.

PROIBIÇÃO DO INGRESSO DE ARMAS NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL

Declaro para os devidos fins que tenho ciência da proibição do Hospital Uniclínica para com o ingresso de qualquer tipo de arma, branca ou de fogo, nas suas dependências. Afirmando que no momento da minha internação não estou portando qualquer espécie de arma, e que mesmo que possua porte de arma devidamente legalizado, não portarei qualquer espécie de arma durante minha estadia nas dependências do Hospital Uniclínica.

TERMO DE CIÊNCIA DE COBRANÇA INDEVIDA

O Hospital Uniclínica vem por meio deste, informar que toda e qualquer solicitação de pagamento, acertos de materiais e procedimentos que não sejam contemplados pelo plano de saúde ou oriundos de internações particulares, serão realizados exclusivamente de forma presencial, junto a tesouraria do Hospital e nunca através de ligações e/ou transferências bancárias de pessoa física.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Hospital Uniclínica (Atendente)

Responsável

Paciente

Testemunha 1

CPF

RG

UNICLINICA
CONFERE COM
ORIGINAL

Nome do Paciente: <u>Gilvan Martins</u>	Enf. Apto: <u>803-1</u>	Leito: <u>803-1</u>	Médico:	Credenciamento:	Internamento: <u>1/1</u>
--	----------------------------	------------------------	---------	-----------------	-----------------------------

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	MATERIAL UTILIZADO
1) Dito para	21	Ser. 20cc
2) Dito para	21	Ser. 10cc
3) Dito para	21	Ser. 5cc
4) Dito para	09	Agulha 40/12
5) Dito para	08	Agulha 13/4,5
6) Dito para	08	Equipo
7) Dito para	08	Equipo c lat.
8) Dito para	08	Soro Fisio. 100ml
9) Dito para	08	Soro Glico. 100ml
10) Dito para	08	Abd 500ml p/02
11) Dito para	08	S. Aspiração
12) Dito para	08	
13) Dito para	08	
14) Dito para	08	
15) Dito para	08	
16) Dito para	08	
17) Dito para	08	
18) Dito para	08	
19) Dito para	08	
20) Dito para	08	
21) Dito para	08	
22) Dito para	08	
23) Dito para	08	
24) Dito para	08	
25) Dito para	08	
26) Dito para	08	
27) Dito para	08	
28) Dito para	08	
29) Dito para	08	
30) Dito para	08	
31) Dito para	08	
32) Dito para	08	
33) Dito para	08	
34) Dito para	08	
35) Dito para	08	
36) Dito para	08	
37) Dito para	08	
38) Dito para	08	
39) Dito para	08	
40) Dito para	08	
41) Dito para	08	
42) Dito para	08	
43) Dito para	08	
44) Dito para	08	
45) Dito para	08	
46) Dito para	08	
47) Dito para	08	
48) Dito para	08	
49) Dito para	08	
50) Dito para	08	
51) Dito para	08	
52) Dito para	08	
53) Dito para	08	
54) Dito para	08	
55) Dito para	08	
56) Dito para	08	
57) Dito para	08	
58) Dito para	08	
59) Dito para	08	
60) Dito para	08	
61) Dito para	08	
62) Dito para	08	
63) Dito para	08	
64) Dito para	08	
65) Dito para	08	
66) Dito para	08	
67) Dito para	08	
68) Dito para	08	
69) Dito para	08	
70) Dito para	08	
71) Dito para	08	
72) Dito para	08	
73) Dito para	08	
74) Dito para	08	
75) Dito para	08	
76) Dito para	08	
77) Dito para	08	
78) Dito para	08	
79) Dito para	08	
80) Dito para	08	
81) Dito para	08	
82) Dito para	08	
83) Dito para	08	
84) Dito para	08	
85) Dito para	08	
86) Dito para	08	
87) Dito para	08	
88) Dito para	08	
89) Dito para	08	
90) Dito para	08	
91) Dito para	08	
92) Dito para	08	
93) Dito para	08	
94) Dito para	08	
95) Dito para	08	
96) Dito para	08	
97) Dito para	08	
98) Dito para	08	
99) Dito para	08	
100) Dito para	08	

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 35414/SP - 123.456.789-01

Iniciado

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 35414/SP - 123.456.789-01

Dr. Felipe Mendes de Miranda
Médico
CRM 35414/SP - 123.456.789-01

Observações de Enfermagem

DATA

MATERIAL UTILIZADO

Punção Venosa

Gelco Nº

Scalp Nº

Alcool

Algodão

Esparadrapo

Curativo

Gase Simples

Gase Acolchoado

Atadura



NAME: Jelvan Martin Batho

DATA: 18/10/19 POSTO: 08 LEITO: 803-1

CONVÊNIO: Union

TURNO:				
AC. VENOSO:				
CVP () Local		CVC () Local () Dissecção		
RESPIRAÇÃO:				
() Ar ambiente		() Cat. Nasal () Venturi _____%		
() MNBZ		() Másc. Reservatória 100% Spo²: _____%		
DIETA:				
() VO () SNE		() SNG () GTT () NPT		
() Zero Para:				

Observações:**Assinatura e COREN:**

TURNO: SIN
AC. VENOSO:
CVP () Local **CVC () Local () Dissecção**
RESPIRAÇÃO:
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: _____ %
DIETA:
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT
() Zero Para:

OBSERVAÇÕES: AS 20:00H PCL e cuffmétrico no Pósto 08. Proveniente do Emergência, Nega alergias medicamentosas. Na História Clínica, o paciente Maria Siqueira.

A 21:00 realizado punção com sucesso de 20 em MSD com suco e recoberto com CCB pre-operatório.

As 01:00 Hufes e efaluo semie mepn

UNCLINICAL
CONFERENCE
ORIGIN

Assinatura e COREN:

GASTOS HOSPITALARES

Name: Abdullah
Abdullah

Convênio: Unipar

Date: 18, 10, 19

Material	Total
Água para injeção 10ml	
Água para injeção 20ml	01
Aguilha 13x4,5	
Aguilha 25x7	
Aguilha 30x8	03
Aguilha 40x12	
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotossensível	
Equipo simples	02
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes acolchoada	
Gazes simples	
Irurol	
IV 3000	
Luva estéril	01
Luva procedimento	
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	02
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	02
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Torneira Tree Way	
Conexão-lua	

GASOTERAPIA	
OXIGÊNIO	MONITOR + OXÍMETRO
Ligado	Ligado
Desligado	Desligado
RETIRAR SVD	
MÁSCARA: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
SERINGA DE 20CC: 01	

PUNÇÃO PERIFÉRICA	
JELO Nº	01
EXTENSOR 50cm: 01	20cm
SERINGA 20CC: 01	
ABD 10ml: 02	
ESPARADRAPO: 15cm	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
ALGODÃO: 15gr	
ALCOOL: 15ml	

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA	15ml

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CUR	

Paciente **Gilvan Martins Barbosa**
Data Nascto. **12/04/1994** 25 Anos
Sexo **Masculino**
Telefone **988993922**
Leito **803 1**

Atendimento **1.607.221**
Prontuário **459.885**
Dt. Entrada **18/10/2019 19:33:55**
Convênio **UNIMED ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Fernanda de Sousa Rodrigues	

Enfermeiro(a): Fernanda de Souza Rodrigues

Data Internação: 18/10/2019 19:33:55 Entrada na Unidade: 20:00

ADMISSÃO UNIDADE

Nível de consciência/orientação (): CONSCIENTE

- Locomoção (): ACAMADO
- Padrão respiratório (): EM AR AMBIENTE
- PA ():
- Dieta (): VO
- Incisão cirúrgica ():
- Venóclise e disposição de infusão (): AVP
- Lesões (): EM MID
- Eliminações urinárias e fecais (): PRESENTE
- Queixas ():
- Perfusão ():

PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 08 PROVENIENTE DA EMERGENCIA
COM HD: FRATURA DE FEMUR D
NEGA DM E HAS E ALERGIAS
INICIADO ISOLAMENTO DE CONTATO (PROVENIENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO)
COLHIDO CULTURAS C.O.M
SEGUE SOB CUIDADOS DA EQUIPE

Fernanda de Souza Rodrigues
Enfermeiro
COR/N 309946

Fernanda de Souza Rodrigues /309946

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

2155669

803 1

205

MAINTENANCE

9/6

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
FONE 3244 CPF. 473.513.453-55

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NAME: Gillean Martin Barber

DATA: 19, 10, 19

POSTO: 02

LEITO: 803-1

CONVÊNIO: 123456789

TURNNO: AA

AC: VENOSO:

C1 () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: _____ %

DIET:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

TURNO:

AC. VENOSO

CVP () Local

CVC () **Local** () **Dissecção**

RESPIRAÇÃO

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo?: %

DIET:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

Assinatura e COREN:

Marli 221624

Assinatura e COREN:

Tel: 0976 881 000
Fax: 0976 881 001
E-mail: info@nordic.com

Tel. 06-8979114
COREN. E001.2x1.03

GASTOS HOSPITALARES

Nome: Gilvan Martins Barbosa Convênio: Unimed

Data: 19/03/09

Material	Total	GASOTERAPIA			
		OXIGENIO		MONITOR + OXÍMETRO	
		Ligado	Desligado	Ligado	Desligado
Água para injeção 10ml	01				
Água para injeção 20ml					
Aguilha 13x4,5					
Aguilha 25x7	03				
Aguilha 30x8					
Aguilha 40x12					
Cateter nasal					
Elétrodo					
Equipo para bomba de infusão					
Equipo para bomba de infusão fotossensível					
Equipo simples	02				
Extensor 20cm					
Fita para glicemia + lanceta	10				
Gazes alcoolizada					
Gazes simples					
Inulol					
IV 3000					
Luva estéril					
Luva procedimento					
Seringa 20cc	01				
Seringa 10cc	02				
Seringa 5cc					
Seringa 3cc					
Seringa insulina					
Seringa SNG	09				
SF 0,9% 100ml					
SF 0,9% 250ml					
SG 5,0% 250ml					
Torneira Tree Way	01				
Conex-lua					
		UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL			

RETIRAR SVD		PUNÇÃO PERIFÉRICA		CURATIVO F.O	
MÁSCARA: 01		JELCO N° _____: 01		SF 0,9% 10ml: 02	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01		EXTENSOR 60cm: 01		MICROPORE 30cm	
SERINGA DE 20CC: 01		SERINGA 20CC: 01		GAZES SIMPLES: 10 UND	
		ABD 10ml: 02		MÁSCARA: 01	
		ESPARRADRAPO: 15cm		GORRO: 01	
		LUVA DE PROCEDIMENTO: 01		LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
		ALGODÃO: 15gr		KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
		ALCOOL: 15ml		CLOREXIDINA _____: 15ml	

PASSAGEM DE SVD		SV ALIVO		CURATIVO TQT	
MÁSCARA: 01		GORRO: 01		GAZES SIMPLES: 30+20	
LUVA ESTÉRIL: 01		MÁSCARA: 01		SF 0,9% 10ml: 01+01	
SONDA FOLLEY N° _____: 01		LUVA ESTÉRIL: 01 PAR		LUVA DE PROCEDIMENTO: 03+01	
COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01		SONDA URETRAL N° _____: 01		MÁSCARA: 01	
GAZES SIMPLES: 20		CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml			
CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml		GAZES: 10			
SERINGA 20CC: 01		XILOCAINA GEL 05gr			
AGULHA 40x12: 01					
XILOCAINA GEL: 05gr					
ABD 10ml: 02					

RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO		CURATIVO GTT		PASSAGEM DE SNG	
LUVA PROCEDIMENTO: 01		GAZES SIMPLES: 20		SONDA SNG N° _____: 01	
ALGODÃO: 15gr		SF 0,9% 10ml: 01		LUVA ESTÉRIL: 01	
		LUVA DE PROCEDIMENTO: 01		XILOCAINA GEL: 05gr	
		MÁSCARA: 01		GAZES SIMPLES: 10	
				SERINGA 20CC: 01	
				ETER: 10ml	
				ESPARRADRAPO: 10cm	
				MÁSCARA: 01	

GASTO DO ÓBITO		BOMBA DE INFUSÃO	
LENÇÓIS: 02		Medicação	Ligado
ALGODÃO: 60gr			
ESPARRADRAPO: 20cm			
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01			
MÁSCARA: 01			
GORRO: 01			

ASPIRAÇÃO		OBSERVAÇÕES:	
S TRAQUEAL N° _____			
SF 10ml			
LUVA			
MÁSCARA			
GAZES			

Evolução Paciente

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Data Nasc: 12/04/1994 25 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 988993922
 Leito: 803 1

Atendimento: 1.607.221
 Prontuário: 459.885
 Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia da Silva Maciel	

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Enfermeiro(a): Gessilene Antonia Silva Maciel Enfermeiro(a)

Evolução MANHA

• Diagnóstico: PRE OP DE FRATURA GRAVE EM FEMUR D

• Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorrências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO DIETA VO

REALIZADO CURATIVO EM MID, APRESENTANDO DUAS LESÕES EXTENSAS, COM PRESENÇA DE FIBRINA, EXSUDATO EM GRANDE QUANTIDADE, COM ODOR FETIDO, UTILIZO GAZE ACOLCHOADA E 02 ATADURAS. MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS INTEGROS

REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (D), LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE, COM PRESENÇA DE PONTOS CIRURGICOS. UTILIZO ATADURA.

REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (E) LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE. UTILIZO ATADURA.

MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO - PROVENIENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO

SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Gessilene Ant. da Silva Maciel
 COREN-CE: 534.883 - ENF

TARDE

MANTENDO CURATIVOS INTEGROS

MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS INTEGROS

MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO - PROVENIENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO

Pendências

Gessilene Ant. da Silva Maciel
 COREN-CE: 534.883 - ENF

Gessilene Antonia Silva Maciel /

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**

Data Nascto: 12/04/1994 25 Anos

Sexo: Masculino

Telefone: 988993922

Leito: 803 1

Atendimento: 1.607.221

Prontuário: 459.885

DI. Entrada: 18/10/2019 19:33:55

Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução

19/10/2019

Função

Enfermeiro

Tipo evolução

Evolução

Especialidade

Usuário

Camila
Teixeira de
Paulo

Código prof

COREN

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**

Enfermeiro(a): **Camila Teixeira de Paulo** Enfermeiro(a)

Evolução SN

- Diagnóstico: PRE OP DE FRATURA EM FEMUR D

Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO
MANTENDO CURATIVO EM MID
MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS INTEGROS
MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (D)
MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (E)
MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO, PACIENTE PROVENIENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Pendências

Camila Teixeira de Paulo / COREN

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

2156254



2156254

Medicamentos	Dose / Intervalo / Via	Horários	D	P	E
1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev	1FA 12/12 h IV	24	0h	3º	3º

2 Clexane 40mg Ser 0.4ml Sc

¹ Curativo Medio

2 Curativo Medio

CURATIVO NO COTOVELO C/ CREPOM

3 Fisioterapia Motora

My

4 Fisioterapia Respiratória

47

Recommendations

LEADER

DECO SALINIZADO

SSV + CC/GG

ISOLAMENTO DE CONTATO

11/11/11

W. K. Kuo

Exhibit 107-1001

10001 1031 10011 70 M

W.C. Hughes & Son
Selling at Auction

VICEL-AMERICA-RENTAL
COLUMBIA de Quebec

1000

10

10

10

Página 1

1000

UNICLINICAL
CONFERE COM O
ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: gilvan matheus Barboza

DATA: 20/10/19

POSTO: 08

LEITO: 803-L

CONVÊNIO: UPIMED

TURNO:	<u>MT</u>
AC. VENOSO:	
CVC () Local () Dissecção	
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo2: %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

TURNO:	
AC. VENOSO:	
CVC () Local () Dissecção	
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo2: %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

Observações:

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:


COREN-CE: 8.885-16

GASTOS HOSPITALARES

Nome: Gélvan matem Barbosa

Convênio: UNIMED

Data: 20/19/19

Material	Total	GASOTERAPIA		OBSERVAÇÕES:
		OXIGÊNIO	MONITOR + OXÍMETRO	
		Ligado	Desligado	
Água para injeção 10ml	01			
Água para injeção 20ml				
Aguilha 13x4,5				
Aguilha 25x7	06			
Aguilha 30x8				
Aguilha 40x12				
Cateter nasal				
Eletrodo				
Equipo para bomba de infusão				
Equipo para bomba de infusão fotosensível				
Equipo simples	03			
Extensor 20cm				
Fita para glicemia + lanceta	01			
Gazes alcoolizada				
Gazes simples				
Inulax				
IV 3000				
Luva estéril				
Luva procedimento				
Seringa 20cc	01			
Seringa 10cc	03			
Seringa 5cc				
Seringa 3cc				
Seringa insulina				
Seringa SNG	03			
SF 0,9% 100ml				
SF 0,9% 250ml				
SG 5,0% 250ml				
Tornalva Tree Way				
Cone-lua	01			
CONFIRMAÇÃO				

RETIRAR SVD	
MÁSCARA: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
SERINGA DE 20CC: 01	
PUNÇÃO PERIFÉRICA	
JELCO Nº _____: 01	
EXTENSOR 60cm: 01	
SERINGA 20CC: 01	
ABD 10ml: 02	
ESPARADRAPO: 15cm	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
ALGODÃO: 15gr	
ALCOOL: 15ml	
CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA _____: 15ml	
OUTROS:	
PASSAGEM DE SVD	
MÁSCARA: 01	
LUVA ESTÉRIL: 01	
SONDA FOLLEY Nº _____: 01	
COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01	
GAZES SIMPLES: 20	
CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml	
SERINGA 20CC: 01	
AGULHA 40X12: 01	
XILOCAINA GEL: 05gr	
ABD 10ml: 02	
RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO	
LUVA PROCEDIMENTO: 01	
ALGODÃO: 15gr	
SV ALVIO	
GORRO: 01	
MÁSCARA: 01	
LUVA ESTÉRIL: 01 PAR	
SONDA URETRAL Nº _____: 01	
CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	
GAZES: 10	
XILOCAINA GEL: 05gr	
RETIRAR SNG	
MÁSCARA: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
SERINGA DE 20CC: 01	
GASTO DO ÓBITO	
LENÇÓIS: 02	
ALGODÃO: 05gr	
ESPARADRAPO: 20cm	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
CURATIVO CVC CONVENCIONAL	
GAZES SIMPLES: 20	
MICROPORE: 20CM	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
CLOREXIDINA ALCOOLICA: 15ml	
MÁSCARA: 01	
SF 0,9% 10ml: 01	
MID + COTOVELO	
CURATIVO C/ ATADURA EBD (3X)	
ATADURA 15cm	
MICROPORE: 20cm	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
CLOREXIDINA _____: 15ml	
MÁSCARA: 01	
SF 0,9% 10ml: 02	
CURATIVO TQT	
GAZES SIMPLES: 30x20	
SF 0,9% 10ml: 01+01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 03+01	
MÁSCARA: 01	
CURATIVO GTT	
GAZES SIMPLES: 20	
SF 0,9% 10ml: 01	
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	
MÁSCARA: 01	
PASSAGEM DE SNG	
SONDA SNG Nº _____: 01	
LUVA ESTÉRIL: 01	
XILOCAINA GEL: 05gr	
GAZES SIMPLES: 10	
SERINGA 20CC: 01	
ETÉR: 10ml	
ESPARADRAPO: 10cm	
MÁSCARA: 01	

Paciente: Gilvan Martins Barbosa
Data Nasc: 12/04/1994 25 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 988993922
Leito: 803 1

Atendimento: 1.607.221
Prontuário: 459.885
Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Sousa Magalhães	

Paciente: Gilvan Martins Barbosa
Enfermeiro(a): FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES Enfermeiro(a)

Evolução MANHÃ

• Diagnóstico: PO DE FRATURA GRAVE EM FEMUR D

Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO
DIETA VO

REALIZADO CURATIVO EM MID, APRESENTANDO DUAS LESÕES EXTENSAS, COM PRESENÇA DE FIBRINA, EXSUDATO EM GRANDE QUANTIDADE, SEM ODOR FETIDO. UTILIZO GAZE ACOLCHOADA E 02 ATADURAS. MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS INTEGROS

REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (D), LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE, COM PRESENÇA DE PONTOS CIRURGICOS. UTILIZO ATADURA.

REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (E) LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE. UTILIZO ATADURA. SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Pendências

FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES

Christian Magalhães
COREN-CE: 501.214-ENF

Christian Magalhães
COREN-CE: 501.214-ENF

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Data Nasc: 12/04/1994 25 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 988993922
Leito: 803 1

Atendimento: 1.607.221
Prontuário: 459.885
Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia da Silva Maciel	

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Enfermeiro(a): **GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL** Enfermeiro(a)

Evolução SN

- Diagnóstico: PRE OP DE FRATURA EM FEMUR D

Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERÍODO
MANTENDO CURATIVO EM MID
MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS INTEGROS
MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (D)
MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (E)
MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO, PACIENTE PROVENIENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Pendências

Gessilene Ant. da Silva Maciel
COREN-CE 534.883 - ENF

GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL

UNICUNIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Uniao de Clinicas do Ceara Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

2156707



Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Data Nascio: 12/04/1994 25a 6m 8d
 Data Entrada: 18/10/2019 19:33:55
 Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.607.221
 Convenio: UNIMED / ENFERMARIA
 Data Presc: 21/10/2019 12:00:00

Portuario: 459.885

Christian Medeiros
 COORD. G. S. 21/10/19

8031

Dieta: Dose Intervalo Observação Descrição Técnica
 Geral (ou Livre que aceitar)

Medicamentos

Medicamento	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica	D. P. E.
SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF	1 FA	12/12 h IV		21	4° S
2 Clexane 40mg Ser 0,4ml Sc	1 ser	1x ao dia SC		08	4° S
3 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev	1 amp	8/8 h IV		02	2° S
SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF					
4 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev	1 amp	8/8 h IV	SN		1° S

SEPARAR 1 AMP EM 18 AD

Procedimentos/Serviços	Qtd	Intervalo	Horários	Material	Data/Hora
1 Curativo Medico	1x ao dia		12		21 12:00
PERNAS+ CREPOM E GAZE ACOLCHOADA					
2 Curativo Medico	1x ao dia		12		21 12:00
CURATIVO NO COTOVELO C/ CREPOM					
3 Fisioterapia Motora	2x		12:00		21 12:00
4 Fisioterapia Respiratoria	2x		12:00		21 12:00

Recomendações: Intervalo Horários
 O SALINIZADO 15 MANTENDO

SSVV+ CCGG ROLINA

ISOLAMENTO DE CONTATO MANTENDO

Ana Maria
 Dr. Victor Monte Fereira
 Cirurgião de Geral
 CRM CE 14867 TEOT 13804

UNICLINIC O
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Gilvan Martins Balduino

DATA: 21/10/19

POSTO: 08

LEITO: 803-1

CONVÊNIO: UNIUC

TURNO: LB

TURNO: SB

AC. VENOSO:

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: %

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para: DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

Observações: Ab 13.00 h remove A.M. p us

Observações:

Ab 22 + adreana 20c, por auto


Mikaela Helen
Téc. Enfermagem
COREN-CE-001135892

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



Assinatura e COREN:  Tereza de Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN-CE-001135892

Assinatura e COREN: 
Téc. de Enfermagem
COREN-CE-001135892



GASTOS HOSPITALARES

Date: 2/11/2019

Convênio: UNIMEB

Name: Cullen Martins Balboa

[illegible]

ORIGINAL
CONFERENCE

Evolução Paciente

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Data Nascto: 12/04/1994 25 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 988993922
 Leito: 803 1

Atendimento: 1.607.221
 Prontuário: 459.885
 Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
21/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Sousa Magalhães	

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Enfermeiro(a): **FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES** Enfermeiro(a)

Evolução MANHÃ

- Diagnóstico: PO DE FRATURA GRAVE EM FEMUR D
- Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorrencias

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO DIETA VO

REALIZADO CURATIVO EM MID, APRESENTANDO DUAS LESÕES EXTENSAS, COM PRESENÇA DE FIBRINA, EXSUDATO EM GRANDE QUANTIDADE, SEM ODOR FETIDO. UTILIZO GAZE ACOLCHOADA E 02 ATADURAS. MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS INTEGROS

REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (D), LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE, COM PRESENÇA DE PONTOS CIRURGICOS. UTILIZO ATADURA.

REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (E) LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE. UTILIZO ATADURA.

SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Mantendo isolamento de contato (72h) em outras enfermidades

Pendências

AGUARDA AVALIAÇÃO DA ESTOMO + AVALIAÇÃO VASCULAR.

FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Christian Magalhães
COREN-CE: 501.214-ENF

Christian Magalhães
COREN-CE: 501.214-ENF

Evolução tarde

Mantendo isolamento de contato (72h) em outras enfermidades

Christian Magalhães
COREN-CE: 501.214-ENF

Evolução Paciente

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Data Nascto: 12/04/1994 25 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 988993922
Leito: 803 1

Atendimento: 1.607.221
Prontuário: 459.885
Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
21/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Fernanda de Sousa Rodrigues	

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Enfermeiro(a): FERNANDA DE SOUSA RODRIGUES Enfermeiro(a)

Evolução SN

- Diagnóstico: PO DE FRATURA GRAVE EM FEMUR D
- Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorrências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO
DIETA VO
MATENDO CURATIVO EM MID
MATENDO CURATIVO EM COTOVELO (E)
MATENDO ISOLAMENTO DE CONTATO PROVENIENTE DO IJF
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Pendências

AVLIAÇÃO VASCULAR.

Fernanda de Sousa Rodrigues
Enfermeira
COREN 309946

FERNANDA DE SOUSA RODRIGUES/309946

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



2157528

803 1

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Data Nascto: 12/04/1994 25a 6m 10d
Data Entrada: 18/10/2019 19:33:55
Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.607.221
Convênio: UNIMED / ENFERMARIA
Data Prescr: 22/10/2019 12:00:00

Prontuário: 459.885

UNICLINICA ORIGINAL

Dietas	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica					
Geral (ou Livre que aceitar)									
Medicamentos				Dose / Intervalo / Via	Horários			D	P E
1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev				1 FA 12/12 h IV	21	09		5°	S
SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF									
2 Clexane 40mg Ser 0,4ml Sc				1 ser 1x ao dia SC		08		5°	S
3 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev				1 amp 8/8 h IV	18	02	10	3°	S
SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF									
4 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev				1 amp 8/8 h IV	SN			2°	S

Procedimentos/Serviços				Ordem / Intervalo	Horários	Material	Dia/Hora
1 Curativo Medio				1x ao dia	13		22 12:00
PERNAS+ CREPOM E GAZE ACOLCHOADA							
2 Curativo Medio				1x ao dia	13		22 12:00
CURATIVO NO COTOVELO C/ CREPOM							
3 Fisioterapia Motora				2x	12 00		22 12:00
4 Fisioterapia Respiratória				2x	12 00		22 12:00
5 Parecer Médico - Cirurgia Vascular				1x ao dia	12		22 12:00

Recomendações		Intervalo	Horários
JELCO SALINIZADO		10/40	MANTENDO
SSVV + CCGG			ROTINA
ISOLAMENTO DE CONTATO			MANTENDO

Drake zero apr de 18h
Drake lun ap 18h
Helen 19h 18a ap
IV 6/6h

Página 1

Dr. João Ricardo Andrade
CRM 5244

Dr. João Ricardo Andrade
CRM 5244

adriana.s / adriana.s

NOME: Gilvam Martins Barbosa

DATA: 22/10/2019 **POSTO:** 8 **LEITO:** 803 1

CONVÊNIO: Unimed

TURNO: MT

AC. VENOSO:				
<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Dissecção	
RESPIRAÇÃO:				
<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input type="checkbox"/> Venturi	%	
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória 100%	<input type="checkbox"/> Spo ² :	%	
DIETA:				
<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> NPT
<input type="checkbox"/> Zero	Para:			

Observações: Às 10:40 hs acesso do pte com resistência, sendo puncionado novamente com outro globo 20 + extensão 20cm com êxito.

Às 13:20hs paciente encamado ao C.C.

Às 13:25hs pte admitido no CC

Às 17:20hs pte encamado ao C.C. - aos cuidados de enfermagem.

Às 17:30hs pte retorna ao seu leito de origem

Valdiana de Sousa Lima
COREN-CE 1001810-Te

Assinatura e COREN:

Valdiana de Sousa Lima
COREN-CE 1001810-Te

TURNO: SN

AC. VENOSO:				
<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Dissecção	
RESPIRAÇÃO:				
<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input type="checkbox"/> Venturi	%	
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória 100%	<input type="checkbox"/> Spo ² :	%	
DIETA:				
<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> NPT
<input type="checkbox"/> Zero	Para:			

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Rebeca Lima A.
COREN-CE 1001810-Te

GASTOS HOSPITALARES

Data: 22/10/19.

Nome: Gilvan Martins Convênio: Unimed

Material	Total	GASOTERAPIA			
		OXIGÊNIO		MONITOR + OXÍMETRO	
		Ligado	Desligado	Ligado	Desligado
Água para injeção 10ml	01				
Água para injeção 20ml					
Agulha 13x4,5					
Agulha 25x7					
Agulha 30x8	12				
Agulha 40x12					
Cateter nasal					
Eletrodo					
Equipo para bomba de infusão					
Equipo para bomba de infusão fotosensível					
Equipo simples	05				
Extensor 20cm					
Fita para glicemia + lanceta					
Gazes acolchoada					
Gazes simples					
Inuxol					
IV 3000					
Luva estéril					
Luva procedimento	03				
Seringa 20cc	01				
Seringa 10cc	02				
Seringa 5cc	03				
Seringa 3cc					
Seringa insulina					
Seringa SNG					
SF 0,9% 100ml	05				
SF 0,9% 250ml					
SG 5,0% 250ml					
Torneira Tree Way	01				
Conexão					
UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL		ASPIRAÇÃO S TRAQUEAL Nº _____ SF 10ml _____ LUVA _____ MÁSCARA _____ GAZES _____			
RETIRAR SVD MÁSCARA: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 SERINGA DE 20CC: 01		PASSAGEM DE SVD MÁSCARA: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 SONDA FOLLEY Nº _____: 01 COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01 GAZES SIMPLES: 20 CLOREXIDINA AQUECIDA: 30ml SERINGA 20CC: 01 AGULHA 40x12: 01 XILOCAINA GEL: 05gr ABD 10ml: 02		PUNÇÃO PERIFÉRICA JELCO Nº 22: 01 EXTENSOR 60cm: 01 SERINGA 20CC: 01 ABD 10ml: 02 ESPADRADO: 15cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 ALGODÃO: 15gr ALCOOL: 15ml	
CURATIVO CVC CONVENCIONAL GAZES SIMPLES: 20 MICROPORE: 20cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 CLOREXIDINA AQUECIDA: 15ml MÁSCARA: 01 SF 0,9% 10ml: 01		RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO LUVA PROCEDIMENTO: 01 ALGODÃO: 15gr		CURATIVO F.O SF 0,9% 10ml: 02 MICROPORE 30cm GAZES SIMPLES: 10 UND MÁSCARA: 01 GORRO: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01 CLOREXIDINA _____: 15ml	
CURATIVO CI ATADURA ATADURA _____cm MICROPORE: 20cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 CLOREXIDINA _____: 15ml MÁSCARA: 01 SF 0,9% 10ml: 02		SV ALIVO GORRO: 01 MÁSCARA: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 PAR SONDA URETRAL Nº _____: 01 CLOREXIDINA AQUECIDA: 15ml GAZES: 10 XILOCAINA GEL: 05gr		OUTROS:	
CURATIVO TQT GAZES SIMPLES: 30+20 SF 0,9% 10ml: 01+01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 03+01 MÁSCARA: 01		RETIRAR SNG MÁSCARA: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 SERINGA DE 20CC: 01		GASTO DO ÓBITO LENÇÓIS: 02 ALGODÃO: 60gr ESPADRADO: 20cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 MÁSCARA: 01 GORRO: 01	
CURATIVO GTT GAZES SIMPLES: 20 SF 0,9% 10ml: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 MÁSCARA: 01		PASSAGEM DE SNG SONDA SNG Nº _____: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 XILOCAINA GEL: 05gr GAZES SIMPLES: 10 SERINGA 20CC: 01 ETÉR: 10ml ESPADRADO: 10cm MÁSCARA: 01			

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Data Nascto: **12/04/1994** 25 Anos
Sexo: **Masculino**
Telefone: **988993922**
Leito: **803 1**

Atendimento: **1.607.221**
Prontuário: **459.885**
Dt. Entrada: **18/10/2019 19:33:55**
Convênio: **UNIMED ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Sousa Magalhães	

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Enfermeiro(a): **FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES** Enfermeiro(a)

Evolução MANHÃ

- Diagnóstico: PO DE FRATURA GRAVE EM FEMUR D

Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO
DIETA VO

MANTENDO CURATIVOS ÍNTEGROS. IRÁ REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO HOJE 22/10.
MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO (VINDO DE OUTRA INSTITUIÇÃO POR MAIS DE 72HS).
AS 08:30 PCT SAIU DO ISOLAMENTO DE CONTATO CONFORME ORIENTAÇÃO CCIH.

Pendências

GUARDA AVALIAÇÃO DA ESTOMO.

FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES

Christian Magalhães
COREN/CE: 601.214-ENF

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Data Nasc: 12/04/1994 25 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 988993922
Leito: Sala Cirur 04

Atendimento: 1.607.221
Prontuário: 459.885
Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Camila Teixeira de Paulo	COREN

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Enfermeiro(a): Camila Teixeira de Paulo Enfermeiro(a)

Evolução SN

• Diagnóstico: POI DE FRATURA EM FEMUR D

• Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: KEFLIN D1

Condutas/Intercorrências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO
MANTENDO CURATIVO EM MID
MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (D)
MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (E)
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Pendências

Camila Teixeira
COREN/CE 455.520 - E1

Camila Teixeira de Paulo / COREN

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

RELATORIO DE OPERAÇÃO

(X.4)

NOME: *Gilvan Nunez Barbosa*

CLÍNICA:

CATEGORIA:

LEITO:

PRONTUÁRIO: *459.885*DATA: *22.10.2019* CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

CIRCULANTE:

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: *05* T: *35*

INICIO DA CIRURGIA:

TÉRMINO:

DURAÇÃO: *1h e 20'*

INICIO DO OXIGÊNIO:

TÉRMINO:

DURAÇÃO: *1h e 20'*
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

1) *Incisão dorsal por*
efeito de sangramento

2) *anestesia*
gelo anti-hipertensão e 1ml
de morfina

3) *seccionado do tecido*
da ferida

4) *Redução da hipertensão*
de morfina

5) *Incisão lateral. R*
plano

6) *Fratura do fêmur da*
femur + antebraço
1 litro de sangue
placa de fixação
4.5 + 18 pontos de sutura

 Dr. Victor Morais
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMOP 11557

 Dr. João Ricardo
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMOP 10653

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

Revisão, heart, fuf 1
Arquivo

Dr. João Maria Tenório
Cirurgião de Plantão
02/01/2007

Dr. João Maria Tenório
Cirurgião de Plantão
02/01/2007

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>GILBERTO MARTINS SOUSA</u>			
AP/ENF:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>UNIMED</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. João Ricardo</u>	DATA: <u>22/10/19</u>		
IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: <u>M</u> PULSO: <u>80</u> RESPIRAÇÃO: <u>20</u>
PA: <u>120x80</u>	TIPO SANGÜINEO:	HEMACIAS:	HEMOGLOBINA:
HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	
AP. RESPIRATÓRIO:	ASMA: <u>N</u>		BONQUITE:
AP. CIRCULATÓRIO:	ECG:		
AP. URINÁRIO:	URINA:		
AP. DIGESTIVO:	DENTES:		PESCOÇO:
ALERGIAS: <u>N</u>	INDUÇÃO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura do fêmur</u>	Satisfatória: <u>L</u> Excitação:		
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>N</u>	Tosse: <u>L</u> Lenta:		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:	Náuseas: <u>L</u> Vômitos:		
PAM:	MANUTENÇÃO		
HORÁRIO: <u>14:10h</u> <u>15:30h</u>	<u>Dormo 10</u>		
Agente Anestésico:	<u>32</u>		
Líquidos: soros, hemoderivados e etc.	<u>FENTANIL 100mcg</u>		
PULSO	<u>NGO CAIP/500</u>		
TEMP.	<u>10</u>		
PVC	<u>Dimone 10,20</u>		
PA	<u>ECTORT 10</u>		
ANEST. XXXX	<u>BEX 75/40</u>		
OP	<u>KLEA 20/20</u>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>UNICLINIC</u>		
POSICÃO:	<u>CONFERE COM O ORIGINAL</u>		
AGENTE:	<u>Dr. João Ricardo</u>		
TÉCNICA:	<u>Dr. João Ricardo</u>		
CIRURGIA:	<u>Fratura de fêmur</u>		
CIRURGIÕES:	<u>Dr. João Ricardo</u>		
ANESTESISTA(S):	<u>Dr. João Ricardo</u>		
INTERCORRÊNCIAS:	<u>Dr. João Ricardo</u>		

Anestesia Satisfatória: Sim () Não ()
Paciente para o leito com cânula:
Sim () Não ()
Perda Sanguínea Aprox.: _____ ml
Obstrução: _____ Co2
Náuseas: _____
Vômitos: _____
Outros: _____

Centro Anestesiológico da
OPM 1276

Assinatura do Anestesiologista/CRM

BOLETIM DE GASTOS COM ANESTESIA

ITENS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA ANESTESIA

SOLUÇÕES	UNID	QTDE	MEDICAMENTOS	UNID	QTDE
Soro Fisiológico 0,9% 100ml	unid		Adalat Retard 10mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	unid		Adrenalina 1mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	unid	02	Agua Bidestillada 20ml	amp	01
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	unid		Altopina 0,25mg - 1ml	amp	
Soro Glicosilológico 0,5% 500ml	unid		Baxter 40mb	amp	01
Soro Glicosilado 5% 500ml	unid		Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4%	amp	
Frutose 5% 500ml	unid		Clonidin 150mcg	amp	
Ringer Lactato 500ml	unid	01	Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml	amp	
SANGUE-REMODERIVADOS	UND	QTDE	Diazepam 10mg	amp	
Albumina	unid		Dimorf 10ml	amp	
Crio	unid		Dimorf 2ml	amp	01
Hemácias	unid		Dimorf SP 0,2mg	amp	
Plaquetas	unid		Dipirona	amp	
Plasma	unid		Diprosopan	amp	
MATERIAIS	UNID	QTDE	Dolanina 100mg	amp	
Abocath n°	unid		Dopamina 500mg	amp	
Agulha desc. Para raqui n° (25)	unid	01	Dorinonid 5mg	amp	01
Agulha desc. Peridural n°	unid		Etoril 10mg	amp	01
Cal Sodada	gr		Etomidato 20mg	amp	
Oxímetro para O ₂ Tipo Óculos	unid	01	Fentanil 10ml - 0,50mg	amp	
Eletródos	unid	03	Fentanil 2ml	amp	01
Equipo para BIC	unid		Fentanil 5ml	amp	
Equipo para soro com Injetor Lateral	unid	01	Glicose 25%	amp	
Extensor de 20cm	unid		Glicose 50%	amp	
Extensor de 40cm	unid		Helotano	amp	
Extensor de 60cm	unid		Heparina 25.000ui	amp	
Extensor de 120cm	unid		Ipsilon 1gr	amp	
Perfusor de 120cm	unid		Kefazol 1gr	amp	02
Sonda de Aspiração Traqueal n°	unid		Keflin 1gr	amp	
Sonda Endotraqueal	unid		Ketanin 50mg	amp	
Fornela Three-Way	unid		Lasix 10mg	amp	
OBRIGATORIO JUSTIFICAR	UNID	QTDE	Lidocaina 2% c/ vaso - 20ml	amp	
Agulha stimuplex	unid		Lidocaina 2% s/ vaso - 20ml	amp	
Ciprofloxacina 200mg - 200ml	unid		Narcen 0,4mg	amp	
Ciprofloxacina 400mg - 200ml	unid		Neocaina 0,5% c/ Epietrina - 20ml	amp	
Flagyl 500mg - 100ml	unid		Neocaina 0,5% s/ Vasocons - 20ml	amp	
Ipsilon 4gr	amp		Neocaina Isobábrica 0,5%	amp	01
Kit PAM (transdutor de pressão)	unid		Neocaina Pesada 0,5%	amp	
Lanexat 0,5mg	amp		Omeprazol 40mg	amp	
Naropin 10mg/ml	amp		Plamet 5mg/ml	amp	
Naropin 7,5mg/ml	amp		Plasil 5mg	amp	
Nausebron 4mg - 2ml	amp		Profenid 100mg EV	amp	
Nimbium 10mg	amp		Prostigmina 0,5mg	amp	
Pantozol 40mg	amp		Quelicin 100mg	amp	
Propofol 1% - 20ml	amp		Ranitidina	amp	
Rocefin 1gr	unid		Rapifen 25mg	amp	
Sensor Dis	mi		Rocuron 50mg - 5ml	amp	
Sevorane	unid		Solu-cotef 100mg	amp	
Sonda Endotraqueal Aramada n°	unid		Solu-cotef 500mg	amp	
Sonda Nasogástrica	unid		Sufenla 1ml	amp	
Tubo Carlen	unid		Sufenta 2ml	amp	
Tubo Polar	unid		Superan 50mg - 2ml	amp	
Vancomicina 500mg	amp		Tramal 100mg	amp	
Monitor 20% - 250ml	unid		Tramal 50mg	amp	
Aramin 10mg/ml - 1ml	amp		Transamin 50mg	amp	
Fosfato de Clindamicina 150mg/ml - 4ml	amp		Vitamina K	amp	
Dopamina 5mg/ml - 10ml	amp		Sulfato de Magnésio 50% - 10ml	amp	
NÃO OBRIGATORIO JUSTIFICAR	UNID	QTDE	Noradrenalina 2mg/ml - 4ml	amp	
Ultiva 2mg	amp		Lidocaina Isohérica 2% - 5ml	amp	
Buscopan Composto 4mg/ml - 5ml	amp		APARELHOS	UNID	QTDE
Dramin B6 3mg/ml - 10ml	amp		Bomba de Infusão	hora	
Buscopan Simples 20mg/ml - 1ml	amp		Bomba de Seringa	hora	
JUSTIFICATIVA MÉDICA:			Cafégrafo	hora	
			Cardioscópio (ECG)	hora	1:30
			Monitor (PNI)	hora	1:30
			Oxímetro	hora	1:20
			Ar Comprimido	UNID	QTDE
			Oxido Nítrico	hora	
			Oxigênio	hora	1:20

ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM

1276

UNICLINK
CONFERE COM O
ORIGINAL

Nome do Paciente: <u>Gulvan Karoline Barbosa</u>		At: <u>1.607-221</u>	
Data: <u>11/10/2019</u>		Leito: <u>803-1</u>	
Trat: <u>Cirurgia de fratura de</u>		Convênio: <u>Unimed</u>	
Mun: <u>Demur D. + retirada de xadrez + sinter</u>		Início: <u>14:10</u> Término: <u>15:30</u>	

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Latex	unid	02	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N°	unid	02	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clipse N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid	02	Caigut Simples N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	02	Caigut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	02	Caprofil	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	02	Caprofil	unid	
Agulha 40x12	unid	05	Luva 8,5	unid	02	Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr		Máscara	unid	06	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	100cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micro pore 2.5 cm	cm		Mononylon 3.0	unid	
Algodão Ortopédico	20cm		Micro pore 5.0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid	01
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	papeis	01	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid	01	Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Rolo X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm		Seringa 01 cc	unid		Sonda de fouchet n-32	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid	01	Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid	02	Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid		Prolona N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolona N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda de Foley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Aço Traq N°	unid		Vicryl	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	02	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid	02	Vicryl 2	unid	01
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	02	Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid		Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóla Descartável	unid		Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	35	Tree Way	unid		Omnipaque	Fr	
Cloroxidina Degermante	ml	100	Trocater N°	unid		Co2	Dur	30
Cloroxidina Alcoólica	ml	100				Nitrogênio	Dur	
Cloroxidina Aquosa	ml		Aspirador			Agulha de Veras	unid	
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico					
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico					
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem					
Dreno de Torax N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipos	unid		Tx. Ureterotripsor					
Esperadrupo	cm							
Éter	ml							
Extensor de 20cm	unid							
Faixa de Smarch	unid							
Fornol	ml							
Fio Guia Hidrofilico	unid							
Fita Cardíaca	unid							
Gaze 7,5x7,7	unid	100						
Gaze Acolchoada	unid							
Esteranios 2%	ml							
Gel Foan	unid							
Gorro	unid	02						
Diprosan	unid							
Tela Inorg. Polipropileno	unid							

Cirurgião: Dr. João
Aux 1: Dr. Victor

Anestesiologista: Dr. Eduardo
Aux 2:

Instrumentador: Mikaela + Jersina
Circulante: Kamila

SRPA - SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICO

Paciente: <u>Julian Martins Barbosa</u>	Credenciamento:
Enf.Ap. <u>803.1</u>	Leito: <u>02</u>
Médico Adm.	Médico Ass.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - ALTA PARA ENFERMARIA

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

EVOLUÇÃO MÉDICA

ACORDADO, ESCALA DE ALDRETE 10 PONTOS
HEMODINÂMICA PRESERVADA
ESPONTÂNEO EM AR AMBIENTE COM BOA SATURAÇÃO

UNICLINK
CONFERE COM O
ORIGINAL

Luciano Ramos Mendes
CRM 17738

Fortaleza-Ce, 22 de 10 de 2019.

Médico - CRM

NOME: Gilvan Martins Bai
PRONTUÁRIO: 459.885
ATENDIMENTO: 1.607.221
DATA DE NASC: 12/04/1994
DATA ADMISSÃO: 22/10/2019
HORA ADMISSÃO: 15:40

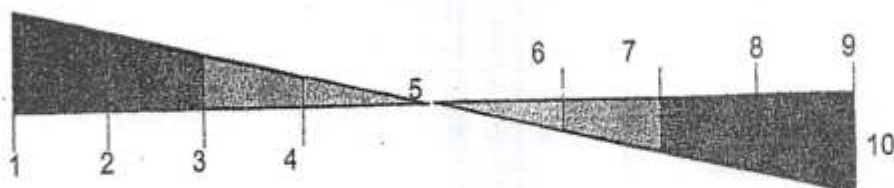
LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVCPRÉVIO
() IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA

() OUTRAS:

() ALERGIAS:

SUGESTÕES DA ANESTESIA



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1

APÓS UMA HORA: 1

ESCORE NA ALTA: 1

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ-OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	1	1	1	1	1								
P	2	2	2	2	2								
C	2	2	2	2	2								
R	2	2	2	2	2								
S	2	2	2	2	2								
T	9	9	9	9	9								

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
() HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELÍRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
() TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESIS
() BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
() PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Pol de fratura de fêmur à D; dr. João Ricardo.
Requisi. dr. Everton.
Paciente acordado, sob efeito analgésico.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DIPIRONA
() CLEXANE () PARACETAMOL
() HEPARINA NF () PROFENID
HORA DA ALTA: 17:20

() TRAMAL
() MORFINA
() OUTRO OPIÓIDE
PA: 115:77

() PLAMET/PRASIL () LORAX
() DRAMIN B6 () RIVOTRIL
() ONDASETRONA () DIAZEPAM
FC: 100 SpO₂: 99%

() APARTAMENTO
() UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

NOME DO PACIENTE: Gilvan Martins Barbosa.

CONVENIO: *iluminado*

6: 803-1

HORA:	Tax(°C)	FR(rpm)	SpO ₂	PASxPAD (mmHg)	PAM	FC(bmp)	Dx(mg/dl)
15:40	35,7	17	100	115x71	86	94	
15:55	35,8	17	100	122x47	92	96	
16:10	35,8	17	98	126x72	89	98	
16:25	35,9	17	98	120x73	89	97	
16:40	36°	17	99	115x77	81	100	
17:10	36°	17	99	120x75	85	90	
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
:				x			
Altura (m):				Observações:			
Peso: (kg):							
BH Anterior:							

HORA	Soluções (ml)	Medicações (ml)	Hemoderivados	Diurese (ml)	Evacuações	SNG/êrese	Estomas	Tórax (ml)	Mediastino (ml)
	(+) Endovenoso	(-) Eliminações	(-) Drenos						
..									
..									
M. M. Santos COREN-CE 598.961 ENF									
..									
..									
..									
..									
..									
..									
..									
..									
..									
..									
..									
..									
ST:									
Infundido:				Eliminado:			Atual:		

Prescrição médica:

SF 500 0 EV 16:40

Luciano Ramos Mendes
CRM 17738

Evolução da enfermagem: 15:40 pt admitida na SRPA - POF: brat. de fêmea D. (Univ. de João Pessoa). Anestesia N^o 1: Euton. Tre. anestésico: naqui. Colu. sob efeito anestésico, supressão normoten. sa, estável, sem queixas. A 17:20 alta da SRPA.

M. M. M. S. dos Santos
COREN/PE 597.961 ENF

Assinatura e carimbo

Evolução da téc de enfermagem: Jy 15:30 Pac
admitido na SPM. Paz total.
Família D.
D.V. para Ricardo.
Técnica Mente-mente daqui
dentada: D.V. para
Cicque exte na sufla
Jy 17:20 após para o
da

Assinatura e carimbo

Gastos:

Assinatura e carimbo

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

M. Madalena S. dos Santos
COREN: 597.961 ENF

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA- Gerenciamento da segurança do paciente cirúrgico

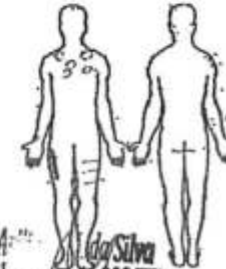
Nome Completo: Gilvan Martin BarbozaData de Nascimento: 1/1

Unidade de Origem: () POSTO: () UTI () SEM INTENSIVA () EMERGÊNCIA

Data: 22/10/19Cirurgia proposta: Fratura de fêmur Cirurgião: Dr. JoãoAnestesista: Dr. Everton

Modalidade: () ELETIVA () EMERGÊNCIA

TEMPOS Entrada do paciente no CC: 14:10 Início da Anestesia: 14:20 Início da Cirurgia: 14:20 Término da Cirurgia: 15:20 Término da Anestesia: 15:30Hora transferência p/SR: : Hora transferência para unidade de origem: :

Encaminhamento de clientes ao CC	Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do cliente sair da sala de operação
<input type="checkbox"/> Confirmar identificação do paciente (sebra e prontuário) <input type="checkbox"/> Confirmar cirurgia e cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar JEJUM. Paciente em jejum desde: <u> </u> H do dia: <u> </u> <input type="checkbox"/> Confirmar termos de consentimento (cirúrgico/anestésico) <input type="checkbox"/> Checar prontuário. Encaminhar exames de imagem se houver. <input type="checkbox"/> Checar retirada de adomos e próteses <input type="checkbox"/> Checar se o paciente possui ALERGIAS: Se sim, QUAL? <u> </u> <input checked="" type="checkbox"/> Checar BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: HORA: <u> </u> Banho com clorexidina: () S () N <input type="checkbox"/> Checar TRICOTOMIA Hora: <u> </u> Não se aplica () <input type="checkbox"/> Demarcado lateralidade. () NA Paciente está em uso de antibiótico na unidade: () SIM () NÃO Se sim, Qual? <u> </u> Hora aprazada: <u> </u> Paciente encontra-se em isolamento: Se sim, <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIO Assinatura do responsável e COREN: <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> Confirmar identificação do paciente (pulseira e prontuário) <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar cirurgia e cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar JEJUM. <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar termos de consentimento (cirúrgico/anestésico) <input checked="" type="checkbox"/> Checar se o paciente possui ALÉRGICAS: Se sim, QUAL? <u>Nega</u> <input type="checkbox"/> Checar TRICOTOMIA Hora: <u> </u> Não se aplica (X) Local da cirurgia: <u>Fra. de fêmur Direita</u> Via aérea difícil/Risco de aspiração/Uso de prótese: () SIM (X) NÃO Reserva de Hemoderivados: () SIM (X) Não se aplica Reserva de UTI: () SIM (X) Não se aplica Montagem da Sala de operação de acordo com o procedimento programado (X) SIM (X) NÃO Acesso venoso adequado e pérvio? (X) SIM () NÃO Assinatura do responsável e COREN: <u>M. Arlindo M. da Silva COREN-CE 1.261.898-TE</u>	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais da equipe: 1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anestesista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar verbalmente identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento a ser realizado A lateralidade, quando necessária, está adequadamente marcada? (X) SIM () NÃO <input type="checkbox"/> Checar se os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis e dentro do prazo de validade de esterilização. <input checked="" type="checkbox"/> O integrador químico indica esterilização do instrumental cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Check List de equipamentos e materiais da sala realizados <input checked="" type="checkbox"/> Exames de imagem estão disponíveis? O antibiótico foi administrado na indução anestésica? (X) SIM, Qual? <u>Kefazol</u> Dose: <u>1g</u> Hora: <u>15:00</u> Repique: <u> </u> Qual? <u> </u> Dose: <u> </u> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário: () SIM () NÃO Assinatura do responsável e COREN: <u>M. Arlindo M. da Silva COREN-CE 1.261.898-TE</u>	Antes do cliente sair da sala de operação As peças cirúrgicas estão identificadas (no completo do paciente e data de nascimento): (X) SIM () Não se aplica Contagem Manual Compressas Início: <u>05</u> Final: <u> </u> Instrumentais: Início: <u>32</u> Final: <u>38</u> Agulha: <u> </u> Houve mudança no procedimento? (X) NÃO () SIM, Qual? <u> </u> Houve utilização de hemocomponentes transoperatório? () SIM (X) Não se aplica Houve algum problema com equipamentos e deve ser resolvido? () SIM (X) NÃO Dados do Transoperatório: Cirurgia realizada: <u>Fratura de fêmur</u> Tipo de Anestesia: <u>Raque</u> Instrumentador: <u>Dr. João + Dr. Everton</u> Circulante: <u> </u> Posição do paciente: <u>DOR</u> O eletrodos - incisão cirúrgica <input type="checkbox"/> drenos <input type="checkbox"/> placas de bisturi <input type="checkbox"/> coxim 

Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

Christian Albuquerque
Coordenador de Informática



2158248

Paciente: Gilvan Martins Barbosa

Data Nascimento: 12/04/1994 25a 6m 10d

Data Entrada: 18/10/2019 19:33:55

Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.607.221

Convênio: UNIMED / ENFERMARIA

Data Presc: 23/10/2019 12:00:00

Prontuário: 459.885

803 1

Dieta: Geral (ou Livre que aceitar) Dose: Intervalo: Observação: Dose/Intervalo/Via Horários: Dose: 1x ao dia SC 1 ser 1x ao dia SC 1 amp 8/8 h IV 1 FA 12/12 h IV

Medicamentos

toproloeno 100mg Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2. Clethane 40mg Ser 0.4ml Sc

3. Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF

4. Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

SEPARAR 1 AMP EM 18 AD

5. Ceftalotina 1g Po Fa Ev

D02D
SEPARAR 1 FA EM 18 AD
INICIO:22/10

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

PERNAS+ CREPOM E GAZE ACOLCHOADA

2 Curativo Medico

CURATIVO NO COTOVELO C/ CREPOM

3 Fisioterapia Motora

4 Fisioterapia Respiratoria

5 Parecer Médico - Cirurgia Vascular

Recomendações:

JELCO SALINIZADO

SSV 1.00GG

ISOLAMENTO DE CONTATO

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

Dr. pinero
IV 5 / 18
pinero bul AD, 18 ✓

Dr. Giovanni Xavier
Clínica Médica
CRM-CE 14336

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Gilvan Martins Barbosa

DATA: 05/10/19 POSTO: 08 LEITO: 803-1
CONVÊNIO: Unimed

TURNO: Me

AC. VENOSO:	
CVC () Local	() Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %	
() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo ² : _____ %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero	Para:

TURNO: SD

AC. VENOSO:	
CVC () Local	() Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %	
() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo ² : _____ %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero	Para:

Observações: As 18:00 hs Paciente apresenta febre
na 1ª Medição.

Mirabela Heitor
Téc. Enfermagem
COREN-CE 001.138.862

Observações: _____

Auricélia M. de Paula
Téc. Enfermagem
COREN-CE 001.265.908-71

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Convênio: VU, M e b

Gilvan Martins Barbosa

Material	Total
Água para injeção 10ml	85
Água para injeção 20ml	85
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	11
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Elétrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotosensível	05
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes alcoolizada	
Gazes simples	
Irurol	
IV 3000	
Luva esteril	
Luva procedimento	05
Seringa 20cc	01
Seringa 10cc	02
Seringa 5cc	03
Seringa 3cc	
Seringa Insulina	
Seringa SNG	05
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Termeta Tree Way	
Conex-lue	01
UNICLINIL	
CONFERE COM O	
ORIGINAL	

<input type="checkbox"/>	CURATIVO CVC CONVENCIONAL
	GAZES SIMPLES: 20
	MICROPOR: 20cm
	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01
	CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml
	MÁSCARA: 01
	SF 0,9% 10ml: 01

CURATIVO TQT
GAZES SIMPLES: 30+20
SF 0,9% 10ml 01+01
LUBR DE PROCEDIMENTO: 03+01
MASCARA: 01

CURATIVO GTT
GAZES SIMPLES: 20
SF 0,9% 10ml: 01
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01
MÁSCARA: 01

PASSAGEM DE SNG _____ : 01

SONDA SNG Nº _____

LAVA ESTÉRIL: 01

XILOCAINA GEL: 05gr

GAZES SIMPLES: 10

SERINGA 20CC: 01

ETÉR: 10ml

ESPÁDRAPO: 10cm

MÁSCARA: 01

☐ PASSAGEM DE SVD
 MÁSCARA: 01
 LUVA ESTÉRIL: 01
 Sonda Foley Nº _____ 01
 COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01
 GAZES SIMPLES: 20
 CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml
 SERINGA 20CC: 01
 AGULHA 40X12: 01
 XILOCAINA GEL: 05gr
 ABD 10ml: 02

RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO ☐
 LUVA PROCEDIMENTO: 01
 ALGODÃO: 15gf

SV ALVIO
GORRO: 01
MÁSCARA: 01
LUVA ESTÉRIL: 01 PAR
SONDA URETRAL Nº _____, 01
CLOREXIDINA AQUEOSA, 15ml
GAZES: 10
XILOCAÍNA GEL: 06gr

RETRAR SNG
MÁSCARA: 01
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01
SERINGA DE 20CC: 01

GASTO DO ÓBITO
LENÇÓIS: 02
ALGODÃO: 80gr
ESPARADRAPO: 20cm
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01
MÁSCARA: 01
GORRO: 01

RETIRAR SVD
MÁSCARA: 01
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01
SERINGA DE 20CC: 01

PUNÇÃO PERIFÉRICA

JELCON Nº _____ : 01

EXTENSOR (60cm): 01

SERINGA 20CC: 01

ADD 10ml: 02

ESPARADRAPO: 15cm

LUVA DE PROCEDIMENTO: 01

ALGODÃO: 15gr

ALCOOL: 15ml

CURATIVO F.O
SF 0,5% 10ml: 02
MICROPORE 30cm
GAZES SIMPLES: 10 UND
MÁSCARA: 01
GORRO: 01
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01
CLOREXIDINA : 15ml

OUTROS:	
---------	--

[illegible][illegible]

ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/>	OBSERVAÇÕES:
S. TRACQUEAL Nº _____		
SF 10ml		
LUVA		
MÁSCARA		
GAZES		

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Data Nasc: **12/04/1994** 25 Anos
 Sexo: **Masculino**
 Telefone: **988993922**
 Leito: **Sala Cirur 05**

Atendimento: **1.607.221**
 Prontuário: **459.885**
 Dt. Entrada: **18/10/2019 19:33:55**
 Convênio: **UNIMED ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Sousa Magalhães	

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Enfermeiro(a): **FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES** Enfermeiro(a)

Evolução MANHÃ

• Diagnóstico: **PO DE FRATURA GRAVE EM FEMUR D**

• Especialidade: **TRAUMATOLOGIA**

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardíovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO
 DIETA VO

REALIZADO CURATIVO EM MID, APRESENTANDO DUAS LESÕES EXTENSAS, COM PRESENÇA DE FIBRINA, EXSUDATO EM GRANDE QUANTIDADE, SEM ODORE FETIDO. UTILIZO GAZE ACOLCHOADA E 02 ATADURAS. REALIZADO CURATIVO DE FO FEMUR D, MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS ÍNTEGROS. REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (D) LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE, COM PRESENÇA DE PONTOS CIRURGICOS. UTILIZO ATADURA.

REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (E) LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE. UTILIZO ATADURA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Pendências

AGUARDA AVALIAÇÃO DA ESTOMO

Christian Magalhães
 COFEN: 501.214-ENF

FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente: Gilvan Martins Barbosa
Data Nascto: 12/04/1994 25 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 988993922
Leito: Sala Cirur 05

Atendimento: 1.607.221
Prontuário: 459.885
Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Sousa Magalhães	

Paciente: Gilvan Martins Barbosa
Enfermeiro(a): FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES

Evolução SN

- Diagnóstico: POI DE FRATURA EM FEMUR D

Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: CEFALOTINA D02 I:22/10

Condutas/Intercorências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO
MANTENDO CURATIVO EM MID
MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (D)
MANTENDO CURATIVO DE FO, EM FÊMUR D.
INICIADO DIETA ZERO A PARTIR DAS 06 HS PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Condências

Christian Magalhães
COREN-PE: 501.214-ENF

FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



2159295

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
Data Nascto: 12/04/1994 25a 6m 12d
Data Entrada: 18/10/2019 19:33:55
Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.607.221
Convênio: UNIMED / ENFERMARIA
Data Prescr: 24/10/2019 12:00:00

Prontuário: 459.885

Christian Magalhães
COBENEC: 501.214-ENF

803 1

SSVV + CCGG

ROTINA

ISOLAMENTO DE CONTATO

MANTENDO

Suspensão

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar
CRM 5244
Obrigado e Obrigado

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar
CRM 5244
Obrigado e Obrigado

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Dr. Antonio Teodoro
Angiologia e C. Vascular
CRM 5000

Dr. Antonio Teodoro
Angiologia e C. Vascular
CRM 5000

Dr. Antonio Teodoro
Angiologia e C. Vascular
CRM 5000

Dr. Antonio Teodoro
Angiologia e C. Vascular
CRM 5000

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Gilvan Martins Barbosa

DATA: 24/10/2019 POSTO: 8 LEITO: 8031

CONVÊNIO:

TURNO: MT

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo2: _____ %

DIETA: _____

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

TURNO: SN

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo2: _____ %

DIETA: _____

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações: Os 14:15 hs iniciando pte para
p.e.

At 14:25 par substituído no pré-operatório

At 16:40 par encaminhado para labor
de exames.

At 16:50 hs pte retornou ao seu
leito de observação

VAL
543

Medicamento S. dos Santos
Matheus S. dos Santos
COREN-CE 597.961 ENF

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/>	OBSERVAÇÕES:
S TRAQUEAL Nº _____		
SF 10ml		
LUVA		
MÁSCARA		
GAZES		

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Data Nascto: **12/04/1994** 25 Anos
 Sexo: **Masculino**
 Telefone: **988993922**
 Leito: **Sala Cirur 05**

Atendimento: **1.607.221**
 Prontuário: **459.885**
 Dt. Entrada: **18/10/2019 19:33:55**
 Convênio: **UNIMED ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Sousa Magalhães	

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Enfermeiro(a): **FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES** Enfermeiro(a)

Evolução MANHÃ

- **Diagnóstico: PO DE FRATURA GRAVE EM FEMUR D**
- **Especialidade: TRAUMATOLOGIA**

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --


Condutas/Intercorrências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO
 DIETA VO
 MANTENDO CURATIVO DE MID E COTOVELO. IRÁ REALIZAR LIMPEZA CIRURGICA HOJE 24/10.
 REALIZADO CURATIVO DE FO FÊMUR D, SEM FLOGOSE E PONTOS ÍNTEGROS.
 SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Pendências

AGUARDA AVALIAÇÃO DA ESTOMO

AS 14:15 ENC PARA CC.
 AS 16:50 RET AO LEITO DE ORIGEM.


 Christian Magalhães
 COREN-SP 501614-ENF

FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Data Nasclo: 12/04/1994 25 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 988993922
 Leito: Sala Cirur 05

Atendimento: 1.607.221
 Prontuário: 459.885
 Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Fernanda de Sousa Rodrigues	

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Enfermeiro(a): **FERNANDA DE SOUSA RODRIGUES** Enfermeiro(a)

Evolução SN

- Diagnóstico: PO DE FRATURA EM FEMUR D
- Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEÍCO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. T. gestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: CEFALOTINA 03 I:22/10

Condutas/Intercorências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO
 MANTENDO CURATIVO EM MID
 MANTENDO CURATIVO EM FO
 MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (D)
 SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Pendências

Fernanda de Sousa Rodrigues
 309946

FERNANDA DE SOUSA RODRIGUES/309946

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

RELATORIO DE OPERAÇÃO

1607221.

NOME: *Dr. Antonio Martins*CLÍNICA: *Clínica* CATEGORIA: *Uro* LEITO: PRONTUÁRIO:DATA: *24/01/19* CIRURGIÃO: *Dr. Antonio Martins*1º AUXILIAR: *Dr. Manoel* 2º AUXILIAR 3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR: CIRCULANTE:

ANESTESISTA: *Dr. O. O. O.* TIPO DE ANESTESIA: *Local + Sedação*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

TIPO DE OPERAÇÃO: *Ressecção de MIB após cateterização**Robótica e anexo Pericardio*

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

Ovario

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 10

INICIO DA CIRURGIA: 14:30 TÉRMINO: 15:00 DURAÇÃO: 30'

INICIO DO OXIGÊNIO: 14:30 TÉRMINO: 15:00 DURAÇÃO: 30'

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

1) Abordagem + Abordagem
 2) Ligadura de furo
 3) Desligamento de cr. Testes de furo
 4) Ligadura de furo de furo de furo
 5) Ligadura de furo de furo de furo
 6) Ligadura de furo de furo de furo
 7) Ligadura de furo de furo de furo
 8) Ligadura de furo de furo de furo
 9) Ligadura de furo de furo de furo
 10) Ligadura de furo de furo de furo
 11) Ligadura de furo de furo de furo
 12) Ligadura de furo de furo de furo
 13) Ligadura de furo de furo de furo
 14) Ligadura de furo de furo de furo
 15) Ligadura de furo de furo de furo
 16) Ligadura de furo de furo de furo
 17) Ligadura de furo de furo de furo
 18) Ligadura de furo de furo de furo
 19) Ligadura de furo de furo de furo
 20) Ligadura de furo de furo de furo
 21) Ligadura de furo de furo de furo
 22) Ligadura de furo de furo de furo
 23) Ligadura de furo de furo de furo
 24) Ligadura de furo de furo de furo
 25) Ligadura de furo de furo de furo
 26) Ligadura de furo de furo de furo
 27) Ligadura de furo de furo de furo
 28) Ligadura de furo de furo de furo
 29) Ligadura de furo de furo de furo
 30) Ligadura de furo de furo de furo
 31) Ligadura de furo de furo de furo
 32) Ligadura de furo de furo de furo
 33) Ligadura de furo de furo de furo
 34) Ligadura de furo de furo de furo
 35) Ligadura de furo de furo de furo
 36) Ligadura de furo de furo de furo
 37) Ligadura de furo de furo de furo
 38) Ligadura de furo de furo de furo
 39) Ligadura de furo de furo de furo
 40) Ligadura de furo de furo de furo
 41) Ligadura de furo de furo de furo
 42) Ligadura de furo de furo de furo
 43) Ligadura de furo de furo de furo
 44) Ligadura de furo de furo de furo
 45) Ligadura de furo de furo de furo
 46) Ligadura de furo de furo de furo
 47) Ligadura de furo de furo de furo
 48) Ligadura de furo de furo de furo
 49) Ligadura de furo de furo de furo
 50) Ligadura de furo de furo de furo
 51) Ligadura de furo de furo de furo
 52) Ligadura de furo de furo de furo
 53) Ligadura de furo de furo de furo
 54) Ligadura de furo de furo de furo
 55) Ligadura de furo de furo de furo
 56) Ligadura de furo de furo de furo
 57) Ligadura de furo de furo de furo
 58) Ligadura de furo de furo de furo
 59) Ligadura de furo de furo de furo
 60) Ligadura de furo de furo de furo
 61) Ligadura de furo de furo de furo
 62) Ligadura de furo de furo de furo
 63) Ligadura de furo de furo de furo
 64) Ligadura de furo de furo de furo
 65) Ligadura de furo de furo de furo
 66) Ligadura de furo de furo de furo
 67) Ligadura de furo de furo de furo
 68) Ligadura de furo de furo de furo
 69) Ligadura de furo de furo de furo
 70) Ligadura de furo de furo de furo
 71) Ligadura de furo de furo de furo
 72) Ligadura de furo de furo de furo
 73) Ligadura de furo de furo de furo
 74) Ligadura de furo de furo de furo
 75) Ligadura de furo de furo de furo
 76) Ligadura de furo de furo de furo
 77) Ligadura de furo de furo de furo
 78) Ligadura de furo de furo de furo
 79) Ligadura de furo de furo de furo
 80) Ligadura de furo de furo de furo
 81) Ligadura de furo de furo de furo
 82) Ligadura de furo de furo de furo
 83) Ligadura de furo de furo de furo
 84) Ligadura de furo de furo de furo
 85) Ligadura de furo de furo de furo
 86) Ligadura de furo de furo de furo
 87) Ligadura de furo de furo de furo
 88) Ligadura de furo de furo de furo
 89) Ligadura de furo de furo de furo
 90) Ligadura de furo de furo de furo
 91) Ligadura de furo de furo de furo
 92) Ligadura de furo de furo de furo
 93) Ligadura de furo de furo de furo
 94) Ligadura de furo de furo de furo
 95) Ligadura de furo de furo de furo
 96) Ligadura de furo de furo de furo
 97) Ligadura de furo de furo de furo
 98) Ligadura de furo de furo de furo
 99) Ligadura de furo de furo de furo
 100) Ligadura de furo de furo de furo

 UNICLINIC
 ORIGINAL
 COPIA

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

 Dr. Antonio Martins
 Cirurgião
 1607221

 Dr. Antonio Martins
 Cirurgião
 1607221

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

FICHA DE ANESTESIA

HOSPITAL uniclínica
O hospital da sua vida

NOME DO PACIENTE: Gilvan Pontes Rabeira LEITO: 14 DATA: 24/10/14 CONVENIO: Unimed

AP/ENF: Dr. Bogueira CIRCUNSCRIÇÃO: 132 SEXO: M PULSO: 132 RESPIRAÇÃO: surcups

PA: 120 x 70 TIPO SANGÜINEO: A GLUCEMIA: 100 ASMA: N BOMQUITE: N

AP. RESPIRATÓRIO: N/D AP. CIRCULATÓRIO: N/D AP. URINÁRIO: N/D

AP. DIGESTIVO: sem alteração ALERGIAS: N DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: N

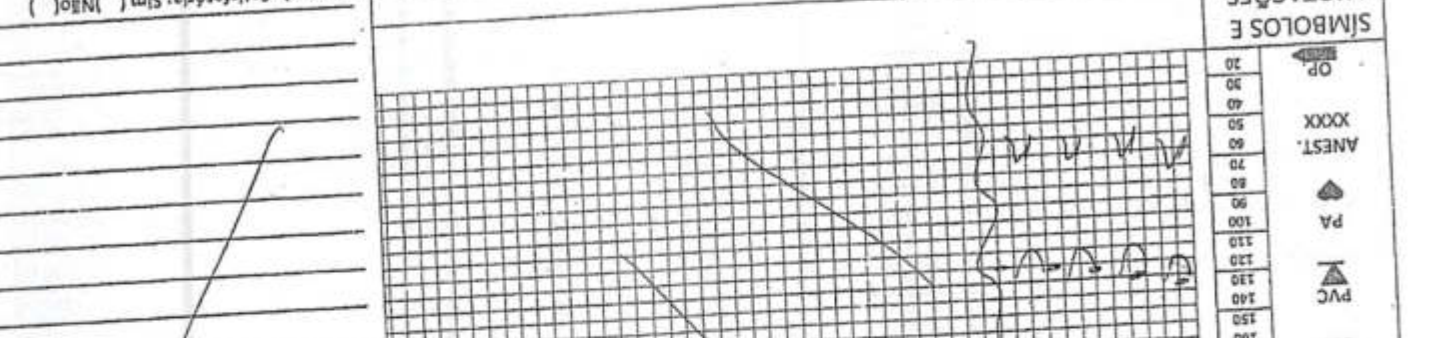
ANESTESIAS ANTERIORES: N MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: N PAM: 14:30 HORÁRIO: 15:00

Agente anestésico: Dr. Bogueira

Líquidos: 500ml soros, hemoderivados e etc. 500ml

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO: DDH AGENTE: V.L. mantimentos TÉCNICA: Sedação CIRURGIA: Extensão da incisão CIRURGEÕES: Dr. Bogueira ANESTESISTA(S): Dr. Bogueira INTERCORRÊNCIAS:



Assinatura do Anestesiologista: Dr. Bogueira CRM 11521

Outros: Não Vômitos: Não Náuseas: Não Obstrução: Não Perda Sanguínea Aprox.: 0 ml

Anestesia Satisfatória: Sim () Não () Paciente para o leito com cânula: Sim () Não ()

Assinatura do Anestesiologista/CRM

BOLETIM DE GASTOS COM ANESTESIA

ITENS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA ANESTESIA

SOLUÇÕES	UNID	QTDE	MEDICAMENTOS	UNID	QTDE
Soro Fisiológico 0,9% 100ml	unid		Adalet Retard 10mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	unid		Adrenalina 1mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	unid		Água Bidestillada 25ml	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	unid		Atropina 0,25mg - 1ml	amp	
Soro Glicosfisiológico 0,5% 500ml	unid		Baxtra 40mg	amp	
Soro Glicosilado 5% 500ml	unid		Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4%	amp	
Frutose 5% 500ml	unid		Bronidin 150mcg	amp	
Ringer Lactato 500ml	unid		Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml	amp	
SANGUE-HEMODERIVADOS	UNID	QTDE	Diazepam 10mg	amp	
Albumina	unid		Dimorf 10ml	amp	
Orlo	unid		Dimorf 2ml	amp	
Hemácias	unid		Dimorf SP 0,2mg	amp	
Plaquetas	unid		Dipirone	amp	2
Plasma	unid		Diprosan	amp	
MATERIAIS	UNID	QTDE	Dolanina 100mg	amp	
Abocath n°	unid		Dopamina 500mg	amp	
Aguilha desc. Para raquí n°	unid		Dormanid 5mg	amp	1
Aguilha desc. Peridural n°	unid		Efortil 10mg	amp	
Cal Sodada	gr		Etomidato 20mg	amp	
Cafeter para O ₂ Tipo Óculos	unid		Fentanil 10ml - 0,50mg	amp	
Eletrodos	unid		Fentanil 2ml	amp	
Equipo para BIC	unid		Fentanil 5ml	amp	1
Equipo para soro com injetor Lateral	unid	1	Glicose 25%	amp	
Extensor de 20cm	unid		Glicose 50%	amp	
Extensor de 40cm	unid		Halotano	amp	
Extensor de 60cm	unid		Heparina 25.000ui	amp	
Extensor de 120cm	unid		Ipsilon 1gr	amp	
Perfusor de 120cm	unid		Kefazol 1gr	amp	
Sonda de Aspiração Traqueal n°	unid		Ketlin 1gr	amp	
Sonda Endotraqueal	unid		Ketamin 50mg	amp	
Tornieira Three-Way	unid		Laxir 10mg	amp	
OBIGATORIO JUSTIFICAR	UNID	QTDE	Lidocaina 2% c/ vaso - 20ml	amp	
Aguilha stimuplex	unid		Lidocaina 2% s/ vaso - 20ml	amp	
Ciprofloxacino 200mg - 200ml	unid		Narcan 0,4mg	amp	
Ciprofloxacino 400mg - 200ml	unid		Neocaina 0,5% c/ Epinefrina - 20ml	amp	
Flagyl 500mg - 100ml	unid		Neocaina 0,5% s/ Vasocons - 20ml	amp	
Ipsilon 4gr	amp		Neocaina Isobábrica 0,5%	amp	
Kit PAM (transdutor de pressão)	unid		Neocaina Pesada 0,5%	amp	
Lanexat 0,5mg	amp		Omeprazol 40mg	amp	
Naropin 10mg/ml	amp		Plamat 5mg/ml	amp	
Naropin 7,5mg/ml	amp		Plasil 5mg	amp	
Nauseadron 4mg - 2ml	amp		Profenid 100mg EV	amp	1
Nimblum 10mg	amp		Prostigmina 0,5mg	amp	
Pantozol 40mg	amp		Quelicim 100mg	amp	
Propofol 1% - 20ml	amp	2	Rantitina	amp	
Rocefin 1gr	amp		Rapifen 25mg	amp	
Sensor Bis	unid		Rocuron 50mg - 5ml	amp	
Sevorane	ml		Solu-cotef 100mg	amp	
Sonda Endotraqueal Aramada n°	unid		Solu-cotef 500mg	amp	
Sonda Nasogástrica	unid		Sufenta 1ml	amp	
Tubo Carlens	unid		Sufenta 2ml	amp	
Tubo Polar	unid		Superan 50mg - 2ml	amp	
Vancomicina 500mg	amp		Tramal 100mg	amp	
Monitol 20% - 250ml	unid		Tramal 50mg	amp	
Aramin 10mg/ml - 1ml	amp		Transamin 50mg	amp	
Fosfato de Clindamicina 150mg/ml - 4ml	amp		Vitamina K	amp	
Dopamina 5mg/ml - 10ml	amp		Sulfato de Magnésio 50% - 10ml	amp	
NÃO OBRIGATORIO JUSTIFICAR	UNID	QTDE	Noradrenalina 2mg/ml - 4ml	amp	
Ultiva 2mg	amp		Lidocaina Isobárica 2% - 5ml	amp	
Buscopan Composto 4mg/ml - 5ml	amp		APARELHOS	UNID	QTDE
Dramin B6 3mg/ml - 10ml	amp		Bomba de Infusão	hora	
Buscopan Simples 20mg/ml - 1ml	amp		Bomba de Seringa	hora	
JUSTIFICATIVA MÉDICA:			Cardiógrafo	hora	
			Cardioscópio (ECG)	hora	
			Monitor (PNI)	hora	30
			Oxímetro	hora	30
			GASES	UNID	QTDE
			Ar Comprimido	hora	
			Oxido Nitroso	hora	
			Oxigênio	hora	30

Odonavares
Anestesiologista
CRM 1152

ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM

Nome do Paciente: <u>Gilvan Martins Barbosa</u>		At: <u>1607/221</u>	
Data: <u>24/10/2019</u>		Leito: <u></u>	
Trat. Cirúrgico de <u>extremo de membros</u>		Convênio: <u>Unimed</u>	
		Início: <u>14:30</u> Término: <u>15:00</u>	

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abbocath N°	unid		Latex	unid	02	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lamina de Bisturi N° 21	unid	02	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lamina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lamina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clipes N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Aguilha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut Simples N°	unid	
Aguilha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	03	Catgut Cromado N°	unid	
Aguilha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	01	Caprofil	unid	
Aguilha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid		Caprofil	unid	
Aguilha 40x12	unid	01	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr		Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Melha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Microporta 2,5 cm	cm		Mononylon 3.0	unid	
Algodão Ortopédico	20cm		Microporta 5,0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	pages	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid		Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Rolo X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm		Seringa 01 cc	unid		Sonda de fouchet n-32	unid	
Atadura de Crepon	20cm	02	Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid	01	Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda de Foley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Aço Traq N°	unid		Vicryl	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	03	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01	Telafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid		Tela Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóla Descartável	unid		Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	10	Tree Way	unid		Ominpaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	200	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml					Nitrogênio	Dur	
Clorexidina Aquosa	ml	100	Aspirador			Aguilha de Veras	unid	
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico			MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico					
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio			UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL		
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem					
Dreno de Torax N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipo	unid		Tx. Ureterotripsor					
Esparradrapo	cm	40	OUTROS					
Éter	ml		Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Faixa de Smerch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter de Hemodialise	unid				
Fio Guia Hidrofilico	unid		Heparina	unid				
Fita Cardíaca	unid		Xilocalina SN 20 ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	40	Xilocalina CV 20 ML	gr				
Gaze Acokhoadada 15x30	unid	01	Xilocalina Gel	unid				
Esterilizados 2%	ml		Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid		Kollagenase	gr	10			
Gorro	unid	06	Adrenalina	unid				
Diprosen	unid		Oximetazolina	Fr				
Tela Inorg. Polipropileno	unid		Dreno de Blake	unid				

Cirurgião: Dr Antº noqueira
Aux 1: Drª Mariana

Anestesiista: Dr. Odon
Aux 2:

Instrumentador: Carina
Circulante: Eleanis

SRPA - SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICO

Paciente: <u>Adrian Martins Barbosa</u>	Credenciamento:
Enf.Ap. <u>903-1</u>	Médico Ass.
Leito: <u>06</u>	Médico Adm.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - ALTA PARA ENFERMARIA

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

EVOLUÇÃO MÉDICA

ACORDADO, ESCALA DE ALDRETE 10 PONTOS
HEMODINÂMICA PRESERVADA
ESPONTÂNEO EM AR AMBIENTE COM BOA SATURAÇÃO

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Fortaleza-Ce, 24 de 10 de 2019.

Dr. Antonio Mateus Nogueira Alencar
Médico
CRM 196181
Médico - CRM

NOME: Gilvan Martins Balboa
PRONTUÁRIO: 459-785
ATENDIMENTO: L.607-221
DATA DE NASC: 12/04/1994
DATA ADMISSÃO: 24/10/2019
HORA ADMISSÃO: 15:10

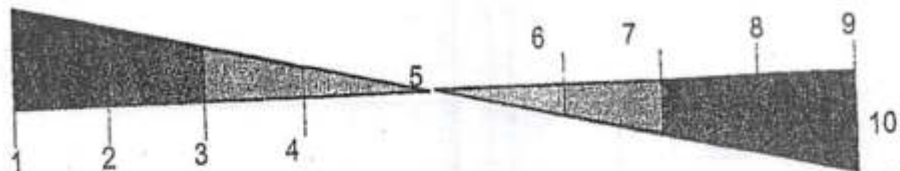
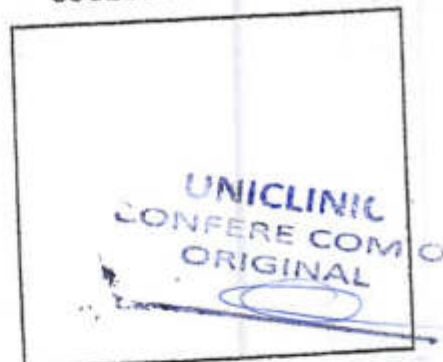
ISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVCPRÉVIO
() IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA

() OUTRAS: _____

() ALERGIAS: _____

SUGESTÕES DA ANESTESIA



Quase sem dor

NA ADMISSÃO: 1

APÓS UMA HORA: 1

ESCORE NAALTA: 1

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ-OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	2	2	2	2	2								
P	2	2	2	2	2								
C	2	2	2	2	2								
R	2	2	2	2	2								
S	2	2	2	2	2								
T	2	2	2	2	2								

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
() HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELÍRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
() TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESÍAS
() BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
() PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Paciente submetido a desbridamento cirúrgico nel m
Migração nos membros. Evolução estável.

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DIPIRONA
() CLEXANE () PARACETAMOL
() HEPARINAF () PROFENID
HORA DA ALTA: 16:40

() TRAMAL
() MORFINA
() OUTRO OPIÓIDE
PA: 190/81

FC: 57

() PLAMET/PRASIL
() DRAMIN B6
() ONDASETRONA

() LORAX
() RIVOTRIL
() DIAZEPAM

SpO₂ 97.1
Antonio Nogueira Mendes
Médico
CRM 19618

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

CONVENIO: *Uninsured*

HORA
Tax(°C)
FR(rpm)
SpO ₂
PASxPAD (mmHg)
PAM
FC(bmp)
Dx(mg/dl)

15:30	27.1	17	97	132x75	99	113
5:25	27.3	17	94	130x81	101	81
5:40	27.9	17	97	128x75	91	106
5:55	27.2	17	98	123x79	95	100
16:20	27.0	17	98	121x74	91	100
16:40	27.1	17	99	125x75	90	99

[illegible]

Altura (m):

Observações:

Peso: (kg):

BH Anterior:

25-25 per acre
Lando feline m.p.m.

M. Magalena S. dos Santos
COREN-CE 597.961 ENF

L: 803-1

HORA	
Soluções (ml)	
Medicações (ml)	
Hemoderivados	
Diurese (ml)	
Evacuações	
SNG/êreese	
Estomas	
Tórax (ml)	
Mediastino (ml)	

	(+) Endovenoso	(-) Eliminações	(-) Drenos

M. Winkler 9.10.1967
CORENCE-59/967 ENT

ST:

Infundido:

Eliminado:

Actual:

Prescrição médica:

2. 18/07/15

UNCLINIC
CONFERE COM C
ORIGINAL

Assinatura e carimbo

Evolução da enfermeira: 11/15:10 por admitida

100 7KTH-PT: Instruments MID.

Auswertung: 10° N. d. S.

Fl. antherica: pedicelo

butch's got quite a few things,

Laquelle, Winslow, M. Madrigal dos Santos

Quelques-05 16:40

Assinatura e carimbo

Evolução da téc de enfermagem: 15:10

União Comunista - 11-2

Ans: $\frac{1}{2}$

Ironica muslinica Obedaco.

Answer: (b) $\frac{1}{2}$

16:40 G20N MA B/G - 10

Assinatura e carimbo

DI-Seminar da 20

01-1817

01/09/2013

COPIES OF 961 ENF

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA- Gerenciamento da segurança do paciente cirúrgico

Nome Completo: Edvan Martins Barbosa

Data de Nascimento: 12/04/1994



Unidade de Origem: (X) POSTO: 8 () UTI () SEMI-INTENSIVA () EMERGÊNCIA

Data: 24/10/2019

Cirurgia proposta: _____ Cirurgião: _____

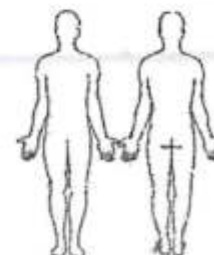
Anestesista: _____

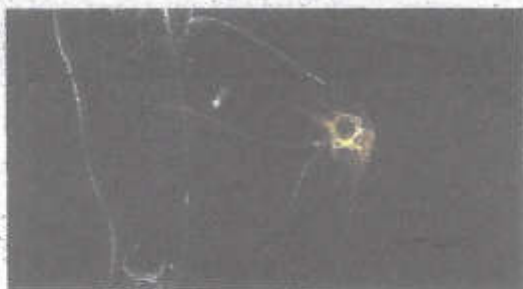
Modalidade: (X) ELETIVA () EMERGÊNCIA

TEMPOS Entrada do paciente no CC: _____ Início da Anestesia: _____ Início da Cirurgia: _____ Término da Cirurgia: _____ Término da Anestesia: _____

Hora transferência p/SR: _____ Hora transferência para unidade de origem: _____

Encaminhamento de clientes ao CC	Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do cliente sair da sala de operação
(X) Confirmar identificação do paciente (pulseira e prontuário).	() Confirmar identificação do paciente (pulseira e prontuário)	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais da equipe: 1º cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2º cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anestesista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Circulante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	As peças cirúrgicas estão identificadas (nº completo do paciente e data de nascimento): () SIM () Não se aplica
() Confirmar cirurgia e cirurgião	() Confirmar cirurgia e cirurgião	() Confirmar verbalmente identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento a ser realizado	Contagem Manual Compressas Início: _____ Final: _____ Instrumentais: Início: _____ Final: _____ Agulha: _____
(X) Confirmar JEJUM. Paciente em jejum desde: <u>06</u> H do dia: <u>24/10</u>	() Confirmar JEJUM.	() Checar se o paciente possui ALERGIAS: Se sim, QUAL? _____	Houve mudança no procedimento? () NÃO () SIM. Qual? _____
() Confirmar termos de consentimento (cirúrgico/anestésico)	() Confirmar termos de consentimento (cirúrgico/anestésico)	A lateralidade, quando necessária, está adequadamente marcada? () SIM () NÃO	Houve utilização de hemocomponentes no transoperatório? () SIM () Não se aplica
(X) Checar prontuário. Encaminhar exames de imagem se houver.	() Checar se o paciente possui ALERGIAS: Se sim, QUAL? <u>NEGA</u>	() Checar se os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis e dentro do prazo de validade de esterilização.	Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () SIM () NÃO
(X) Checar retirada de adomos e próteses	() Checar TRICOTOMIA Hora: _____ Não se aplica ()	() O Integrador químico indica esterilização do instrumental cirúrgico	
(X) Checar se o paciente possui ALERGIAS: Se sim, QUAL? <u>NEGA</u>	Local da cirurgia: _____	() Check List de equipamentos e materiais da sala realizados	
(X) Checar BANHO PRÉ- OPERATÓRIO: HORA _____ Banho com clorexidina: (X) S () N	Via aérea difícil/Risco de aspiração/Use de prótese? () SIM () Não	() Exames de imagem estão disponíveis?	
() Checar TRICOTOMIA Hora: _____ Não se aplica (X)	Reserva de Hemoderivados: () SIM () Não se aplica	O antibiótico foi administrado na indução anestésica? () SIM. Qual? _____ Dose: _____ Hora: _____	Dados do Transoperatório: Cirurgia realizada: _____ Tipo de Anestesia: _____ Instrumentador: _____ Circulante: _____ Posição do paciente: _____
() Demarcado lateralidade. (X) NA	Reserva de UTI: () SIM () Não se aplica	Repique: _____ Qual? _____ Dose: _____	<input type="checkbox"/> eletrodos
Paciente está em uso de antibiótico na unidade: (X) SIM () NÃO Se sim, Qual? <u>Cefazolin</u> Hora aprazada: <u>08:00</u> <u>14:00</u>	Montagem da Sala de operação de acordo com o procedimento programado () SIM () NÃO	Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> incisão cirúrgica
Paciente encontra-se em isolamento: Se sim, <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIO	Acesso venoso adequado e pérvio? () SIM () NÃO		<input type="checkbox"/> drenos
Assinatura do responsável e COREN: <u>Gessilene Ant. da Silva Maciel</u> COREN-CE 534.883 - ENF	Assinatura do responsável e COREN: <u>UNICLINIC</u>		<input type="checkbox"/> placas de bisturi
			<input type="checkbox"/> coxim





Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: GILVAN MARTINS BARBOSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 13/10/2019. SOFREU FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO, COM LESÕES EXTENSAS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, PRINCIPALMENTE NO JOELHO E PERNA DIREITA. PACIENTE FOI SUBMETIDO A 05 PROGRAMAÇÕES CIRÚRGICAS, DEVIDO A MÚLTIPLAS COMPLICAÇÕES (SÍNDROME DE COMPARTIMENTO E INFECÇÃO DE SÍTIO PERATÓRIO). NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR RESIDUAL E ATROFIA MUSCULAR NA COXA DIREITA, LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DÉFICIT DE FORÇA E INCAPACIDADE PARA USO PLENO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 90% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

DATA 28/02/2020

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
TEOT 12042 - ROE 5137
CRM 10184

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

Evolução Paciente

Paciente: Gilvan Martins Barbosa Data Nascimento: 12/04/1994 25 Anos Sexo: Masculino Telefone: 988993922 Leito: 803 1	Atendimento: 1.607.221 Prontuário: 459.885 Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55 Convênio: UNIMED ENFERMARIA
---	--

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia da Silva Maciel	

Paciente: Gilvan Martins Barbosa
Enfermeiro(a): Gessilene Antonia Silva Maciel Enfermeiro(a)

Evolução MANHA

• Diagnóstico: PRE OP DE FRATURA GRAVE EM FEMUR D

• Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERIODO DIETA VO

REALIZADO CURATIVO EM MID, APRESENTANDO DUAS LESÕES EXTENSAS, COM PRESENÇA DE FIBRINA, EXSUDATO EM GRANDE QUANTIDADE, COM ODOR FETIDO. UTILIZO GAZE ACOLCHOADA E 02 ATADURAS. MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS INTEGROS

REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (D), LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE, COM PRESENÇA DE PONTOS CIRURGICOS. UTILIZO ATADURA.

REALIZADO CURATIVO EM COTOVELO (E) LESÃO APRESENTANDO TECIDO DE GRADULAÇÃO + FIBRINA, EXSUDATO SEROSO EM PEQUENA QUANTIDADE. UTILIZO ATADURA. MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO - PROVENIENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO

SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Gessilene Antonia Silva Maciel
COREN-CE: 534.883 - ENF

TARDE

MANTENDO CURATIVOS INTEGROS

MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS INTEGROS

MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO - PROVENIENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO

Pendências

Gessilene Antonia Silva Maciel
COREN-CE: 534.883 - ENF

Gessilene Antonia Silva Maciel /

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Data Nasc: 12/04/1994 25 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 988993922
 Leito: 803 1

Atendimento: 1.607.221
 Prontuário: 459.885
 Dt. Entrada: 18/10/2019 19:33:55
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2019	Enfermeiro	Evolução		Camila Teixeira de Paulo	COREN

Paciente: **Gilvan Martins Barbosa**
 Enfermeiro(a): Camila Teixeira de Paulo Enfermeiro(a)

Evolução SN

- Diagnóstico: PRE OP DE FRATURA EM FEMUR D

Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE/ ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO EM AA
3. Cardiovascular: NORMOTENSO/ NORMOCARDICO
4. Digestivo: VO
5. Renal: DIURESE ESPONTANEA
6. Tegumentar: ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
7. Dispositivos: AVP
8. Antimicrobianos: --

Condutas/Intercorências

PACIENTE ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO PERÍODO
 MANTENDO CURATIVO EM MID
 MANTENDO FIXADOR EXTERNO E PONTOS CIRURGICOS INTEGROS
 MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (D)
 MANTENDO CURATIVO EM COTOVELO (E)
 MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO, PACIENTE PROVENIENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO.
 SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Pendências

Camila Teixeira de Paulo / COREN

UNICLINIC
 CONFERE COPIA
 ORIGINAL



RELATORIO DE OPERAÇÃO

(X.4)

NOME: Gilvan Henrique Bonhopp

CLINICA:

CATEGORIA: 1b120

LEITO:

PRONTUÁRIO: 459..885

DATA: 22 10 2019

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

CIRCULANTE:

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: 1:

T: 35

INICIO DA CIRURGIA:

TÉRMINO:

DURAÇÃO:

INICIO DO OXIGÊNIO:

TÉRMINO:

DURAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

1) Duração do tratamento
2) Dose do medicamento
3) Efeitos colaterais
4) Efeitos do tratamento
5) Efeitos do tratamento
6) Efeitos do tratamento
7) Efeitos do tratamento
8) Efeitos do tratamento
9) Efeitos do tratamento
10) Efeitos do tratamento

Dr. Victor Morris - 10/1/67
Orthopedic Surgeon
GREENSBORO

Dr. J. S. Rice, Jr.
Graded & Troughed
1948-50

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>GILSON MARTINS BARBOSA</u>	
AP/ENF:	LEITO: <u>CONVÊNIO: UNICLINIC</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. João Ricardo</u>	DATA: <u>22/10/19</u>
IDADE: <u>40</u>	PESO: <u>70</u> ALTURA: <u>1,70</u> SEXO: <u>M</u> PULSO: <u>80</u> RESPIRAÇÃO: <u>20</u>
PA: <u>120x80</u>	TIPO SANGÜINEO: <u>B+</u> HEMACIAS: <u>4,5</u> HEMOGLOBINA: <u>14</u>
HEMATÓCRITO: <u>45</u>	GLICEMIA: <u>100</u> URÉIA: <u>10</u>
AP. RESPIRATÓRIO: <u>Normal</u>	ASMA: <u>Não</u> BONQUITE: <u>Não</u>
AP. CIRCULATÓRIO: <u>Normal</u>	ECG: <u>Normal</u>
AP. URINÁRIO: <u>Normal</u>	URINA: <u>Normal</u>
AP. DIGESTIVO: <u>Normal</u>	DENTES: <u>Presentes</u> PESCOÇO: <u>Normal</u>
ALERGIAS: <u>Não</u>	INDUÇÃO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura do fêmur</u>	Satisfatória: <u>Sim</u> Excitação: <u>Não</u>
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>Não</u>	Tosse: <u>Não</u> Lenta: <u>Não</u>
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>Não</u>	Náuseas: <u>Não</u> Vômitos: <u>Não</u>
PAM: <u>Não</u>	MANUTENÇÃO
HORÁRIO: <u>14:10h</u> <u>15:30h</u>	<u>Dormir</u>
Agente Anestésico: <u>Propofol</u>	<u>50 mg</u>
Líquidos: soros, hemoderivados e etc. <u>RL 500ml</u>	<u>FCN 50mg</u>
PULSO: <u>98</u>	<u>100 mg</u>
TEMP: <u>36,5</u>	<u>UGO CAIM / SOB</u>
PVC: <u>130</u>	<u>10</u>
PA: <u>120/80</u>	<u>Dinor 50/20</u>
ANEST. XXXX	<u>Etor 10/10</u>
OP. 1000	<u>Bex 10/40</u>
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>KEA 20/20</u>
POSICÃO: <u>Pr. Qu. Anest. G. in</u>	<u>UNICLINIC</u>
AGENTE: <u>Dr. João Ricardo</u>	<u>CONFERE COM O ORIGINAL</u>
TÉCNICA: <u>Propofol</u>	<u>Assinatura do Anest. / CRM</u>
CIRURGIA: <u>Fratura de Fêmur</u>	Anestesia Satisfatória: Sim () Não ()
CIRURGIÕES: <u>Dr. João Ricardo</u>	Paciente para o leito com cânula: Sim () Não ()
ANESTESISTA(S): <u>Dr. João Ricardo</u>	Perda Sanguínea Aprox.: <u>0</u> ml
INTERCORRÊNCIAS: <u>Não</u>	Obstrução: <u>0</u> Co2
	Náuseas: <u>Não</u>
	Vômitos: <u>Não</u>
	Outros: <u>Não</u>



HOSPITAL
uniclinic
O hospital da sua vida

Dr. Nogueira
Neurologia e C. Vascular
CRM 5806

RELATORIO DE OPERAÇÃO

1607221

NOME: Dr. Nelson Martins
CLINICA: Uniclinic CATEGORIA: Uniclinic LEITO: Uniclinic PRONTUÁRIO:
DATA: 14/01/19 CIRURGIÃO: Dr. Nelson Martins
1º AUXILIAR: Dr. Nelson 2º AUXILIAR: Dr. Nelson 3º AUXILIAR: Dr. Nelson

INSTRUMENTADOR: Dr. Nelson CIRCULANTE: Dr. Nelson
ANESTESISTA: Dr. Nelson TIPO DE ANESTESIA: Local + Sedação

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão de nível L5/S1
TIPO DE OPERAÇÃO: Procedimento de descompressão

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Ótimo
RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA: Ótimo

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: Ótimo
ACIDENTES OU INCIDENTES: Ótimo

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 10
INÍCIO DA CIRURGIA: 14:30 TÉRMINO: 15:00 DURAÇÃO: 30
INÍCIO DO OXIGÊNIO: 14:30 TÉRMINO: 15:00 DURAÇÃO: 30

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

1) Acesso + Descompressão
2) Descompressão da raiz L5/S1
3) Descompressão da raiz L5/S1
4) Descompressão da raiz L5/S1
5) Descompressão da raiz L5/S1
6) Descompressão da raiz L5/S1
7) Descompressão da raiz L5/S1
8) Descompressão da raiz L5/S1
9) Descompressão da raiz L5/S1
10) Descompressão da raiz L5/S1

11) Descompressão da raiz L5/S1
12) Descompressão da raiz L5/S1
13) Descompressão da raiz L5/S1
14) Descompressão da raiz L5/S1
15) Descompressão da raiz L5/S1
16) Descompressão da raiz L5/S1
17) Descompressão da raiz L5/S1
18) Descompressão da raiz L5/S1
19) Descompressão da raiz L5/S1
20) Descompressão da raiz L5/S1

21) Descompressão da raiz L5/S1
22) Descompressão da raiz L5/S1
23) Descompressão da raiz L5/S1
24) Descompressão da raiz L5/S1
25) Descompressão da raiz L5/S1
26) Descompressão da raiz L5/S1
27) Descompressão da raiz L5/S1
28) Descompressão da raiz L5/S1
29) Descompressão da raiz L5/S1
30) Descompressão da raiz L5/S1

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Gilvan Martins Barbosa

AP/ENF:

LEITO:

CONVÊNIO: Unimed

CIRURGIÃO: Dr. Nogueira

DATA: 24/10/19

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

PULSO: 132

RESPIRAÇÃO: superficial

PA: 120x70

TIPO SANGÜÍNEO:

HEMACIAS:

HEMOGLOBINA:

HEMATÓCRITO:

GLICEMIA:

URÉIA:

ASMA:

BONQUITE:

AP. RESPIRATÓRIO: NDN

ECG:

AP. CIRCULATÓRIO: NDN

URINA:

AP. URINÁRIO: NDN

DENTES:

PESCOÇO:

AP. DIGESTIVO: Jejum adequado

ALERGIAS: Nenhuma

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

ANESTESIAS ANTERIORES:

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

PAM:

HORÁRIO: 14:30 15:00

Agente Anestésico:

Líquidos:
soros,
hemoderivados
e etc.

PULSO



TEMP.

-000-

PVC



PA



ANEST.

XXXX

OP

SÍMBOLOS E
ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: DDH

AGENTE: Vide manuseios

TÉCNICA: Sedação

CIRURGIA: Extensão pericárdica

CIRURGIÕES: Dr. Nogueira

ANESTESISTA(S): Dr. Odon

INTERCORRÊNCIAS:

INDUÇÃO

Satisfatória:

Excitação:

Tosse:

Lenta:

Náuseas:

Vômitos:

MANUTENÇÃO

1) Propofol 50mg IV
2) Fentanyl 100mcg IV
3) Fentanyl 50mcg IV
4) Propofol 50mg IV
5) Fentanyl 50mcg IV
6) Propofol 50mg IV
7) Fentanyl 50mcg IV
8) Propofol 50mg IV
9) Fentanyl 50mcg IV
10) Propofol 50mg IV

Anestesia Satisfatória: Sim () Não ()

Paciente para o leito com cânula:

Sim () Não ()

Perda Sanguínea Aprox.: _____ ml

Obstrução: _____ Co2 _____

Náuseas:

Vômitos:

Outros:

Odon Tavares
Anestesiologista
CRM 11521

Assinatura do Anestesiologista/CRM

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

16072023

OME: GIWAN MARTINS BARBOSA PRONTUÁRIO: 459.885
 LINICA: UNIMED LEITO: 20
 DATA: 31/10/19 CIRURGIÃO: Dr. Ricardo Andrade 3º AUXILIAR
 1º AUXILIAR: Dr. Ricardo Andrade 2º AUXILIAR
 INSTRUMENTADOR: Dr. Ricardo Andrade CIRCULANTE:
 ANESTESISTA: Dr. Ricardo Andrade TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

TIPO DE OPERAÇÃO:

trat. cirurg. de ferida
extensa joelho ?

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 15

INICIO DA CIRURGIA: 09:50 TÉRMINO: 10:40

DURAÇÃO: 30'

INICIO DO OXIGÊNIO: 09:50 TÉRMINO: 10:40

DURAÇÃO: 30'

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

- 1) Dentro do Joelho
- 2) ferida de 5cm
- 3) limpeza da ferida
- 4) Lavagem com água e álcool
- 5) Desbridamento da ferida
- 6) Lavagem com água e álcool
- 7) Lavagem com água e álcool
- 8) Lavagem com água e álcool
- 9) Lavagem com água e álcool
- 10) Lavagem com água e álcool

Dr. Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 324.494-4/RS

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: GILVAN MARTINS BARBOSA LEITO: 803-1 CONVÊNIO: UNIMED

AP/ENF: 8 DATA: 31/01/19

CIRURGIÃO: Dr. João Ricardo PULSO: 100 RESPIRAÇÃO:

IDADE: PESO: ALTURA: SEXO: HEMACIAS: HEMOGLOBINA:

PA: TIPO SANGÜINEO: URÉIA:

HEMATÓCRITO: GLICEMIA: ASMA: BONQUITE:

AP. RESPIRATÓRIO: ECG:

AP. CIRCULATÓRIO: URINA:

AP. URINÁRIO DENTES: PESCOÇO:

AP. DIGESTIVO:

ALERGIAS:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

ANESTESIAS ANTERIORES:

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

PAM:

HORÁRIO: 9:50 10:40

Agente Anestésico: [assinatura]

Líquidos: soros, hemoderivados e etc.

PULSO	220	
▲▼	210	
TEMP.	200	
-000-	190	
PVC	180	
▼	170	
PA	160	
♥	150	
ANEST.	140	
XXXX	130	
OP.	120	
	110	
	100	
	90	
	80	
	70	
	60	
	50	
	40	
	30	
	20	

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO:

AGENTE:

TÉCNICA:

CIRURGIA:

CIRURGIÕES:

ANESTESISTA(S):

INTERCORRÊNCIAS:

INDUÇÃO

Satisfatória: [assinatura]
Tosse: [assinatura]
Náuseas: [assinatura]

Excitação: [assinatura]
Lenta: [assinatura]
Vômitos: [assinatura]

MANUTENÇÃO

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

[assinatura]

Anestesia Satisfatória: Sim () Não ()
Paciente para o leito com cânula:
Sim () Não ()
Perda Sanguínea Aprox.: ml
Obstrução: Co2
Náuseas:
Vômitos:
Outros:

Assinatura do Anestésico: [assinatura]
CRM: 100.883-1

[illegible]

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: 068.849.193-61 4 - Nome completo da vítima: GILVAN MARTINS BARBOSA

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

5 - Nome completo: GILVAN MARTINS BARBOSA 6 - CPF: 068.849.193-61
7 - Profissão: AUTO NOMO 8 - Endereço: RUA PLANALTO CAUIPE 9 - Número: 00 10 - Complemento:
11 - Bairro: CAUIPE 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63600 000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 996333354

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6461 CONTA: 50468 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA-CE 27/02/2020

Xo Gilvan Martins Barbosa
41 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200094283**

Nome do(a) Examinado(a): **GILVAN MARTINS BARBOSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PLANALTO CAUIPE, 00 - Caucaia - CE - CEP 61603-070

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20074961270**

Data e local do acidente: [**13/10/2019**] **CAUCAIA**

Data e local do exame: [**29/06/2020**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO, LESÕES EXTENSAS NO JOELHO E NA PERNA À DIREITA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, APRESENTA DEFORMIDADE EM VALGO E FORÇA GRAU II NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS. BLOQUEIO MODERADO DOS MOVIMENTOS DA ABDUÇÃO E EXTENSÃO DO QUADRIL, BLOQUEIO GRAVE DA FLEXÃO DO JOELHO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. FIXAÇÃO EXTERNA DO FÊMUR E POSTERIOR OSTEOSÍNTESE. EVOLUIU COM INFECÇÃO E SÍNDROME COMPARTIMENTAL. FEZ ANTIBIOTICOTERAPIA. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DESCOMPRESSIVO E NOVA OSTEOSÍNTESE. DESTA VEZ COM ENXERTIA ÓSSEA. ALTA DEFINITIVA EM 28/02/2020.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

☐ "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 20/03/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 75% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO.



Greive Freitas Cavalcante - CRM: 9050 - CE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200094283

Data da solicitação: 17/06/2020

Nome do beneficiário: GILVAN MARTINS BARBOSA

CPF do beneficiário: 068.849.19361

Nome do solicitante: GILVAN MARTINS BARBOSA

CPF do solicitante: 068.849.19361

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 996333354

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO SOLICITAR A SEGURADORA LIDER UMA PERICIA PRESENCIAL, POIS SOFRI FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO, COM LESÕES EXTENSAS NO JOELHO E PERNA DIREITA. HOJE APRESENTO SEQUELAS COMO ATROFIA MUSCULAR NA COXA DIREITA E LIMITAÇÃO IMPORTANTE NO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO E TORMOZELO DEFICIT DE FORÇA, FICO GRATO PELO ATENÇÃO.

CAUCAIA-CE 17/06/2020

Local e Data

Gilvan Martins Barbosa.

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075194/20

Vítima: GILVAN MARTINS BARBOSA

CPF: 068.849.193-61

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILVAN MARTINS BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GILVAN MARTINS BARBOSA : 068.849.193-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: GILVAN MARTINS BARBOSA
CPF: 068.849.193-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

GILVAN MARTINS BARBOSA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA