

Remessa:	95490	Competência:	02/2024	Entrega:	26/02/2024	*95490*
Convênio:	136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA					
Nota Fiscal						

Total : 1	2.075,66
Total Geral : 1	2.075,66

rendimento:1397769 Remessa: - Conta:51893

Paciente.....	1011069 - ENZO LARA DA CRUZ
Nascimento.....	27/05/2013 Sexo: Masculino Fone:
Endereco.....	JACOB VALENGA 188 VILA FRANCA PIRAQUARA

internacao.....	05/02/2024 13:39	
alta.....	06/02/2024 07:57	Motivo...: ALTA MELHORADA
periodo da Conta:	05/02/2024 a 06/02/2024	
comodacao.....	APARTAMENTO LUXO	
serviço.....	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
medico/CRM.....	MARIZA LILIAN PENKAL / 13753	
procedimento.....	30722411 FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS	- TRATAMENTO CID.: S626
motivo da Alta..:	01 - ALTA MELHORADA	

```

convenio.....: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
plano.....: UNICO
sub-Plano.....:
guia.....: 15132 Validade.:
arteira.....: 2782137 Validade.: 24/12/2024
titular.....: ENZO LARA DA CRUZ Empresa.:
senha.....: 15132 Autoriz.: 06/02/2024

```

Resumo da Conta Hospitalar						
tipo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
DIAGNOSTICOS	338,28			0,00		338,28
MATERIAIS	360,03			0,00		360,03
EXAMES	703,51			0,00		703,51
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,96			0,00		39,96
SALARIOS E HONORARIOS MEDICOS	292,40			0,00		292,40
FARMACUTICOS E MEDICAMENTOS	316,08			0,00		316,08
TERAPIA FISIOTERAPIA	25,40			0,00		25,40
					Total da Conta:	2.075,66

269 UNIDADE DE INTERNACAO III

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01000004 DIARIA APARTAMENTO STANDART	UND	1	338,2800	338,28
		Total :		338,28

261 CENTRO CIRURGICO

Item	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/2024	08003383 ADAPT. P/ TRANSF. DE SORO B.BRAUN	UND	1	20,5020	20,50
02/2024	08002490 AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 BD	UND	1	1,7190	1,72
02/2024	08002491 AGULHA DESCARTAVEL 25 X 8 BD	UND	3	1,7190	5,16
02/2024	08002495 AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 BD	UND	4	1,7190	6,88
02/2024	08007086 AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 1,20X25	UND	2	2,9970	5,99
02/2024	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	2	9,0389	18,08
02/2024	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	2	2,3985	4,80
02/2024	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	1	11,1060	11,11
02/2024	08002736 CATETER INTRAVENOSO N 22 INSYTE BD	UND	2	30,2040	60,41

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

MATERIAIS

261 CENTRO CIRURGICO

data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/2024	08002612 COMP. DE GAZE 10CMX10CM C/1 CREMER	UND	50	0,4284	21,42
02/2024	08006966 CURATIVO ALGODONADO 15X30 NEVE	UND	1	7,3777	7,38
02/2024	08002687 ELETRODO P/MONITORIZAÇÃO MEDITRACE	UND	5	2,9700	14,85
02/2024	08002663 EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR IL SLIP B.BRAUN	UND	1	56,6010	56,60
02/2024	08002703 FIO DE KIRSCHNER 1,0MM ENV	UND	2	16,2000	32,40
02/2024	08002765 LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,0 SENSITEX	PAR	3	2,2950	6,89
02/2024	08002641 POLIFIX 2 VIAS B.BRAUN	UND	1	31,4370	31,44
02/2024	08002860 SERINGA DESCARTAVEL 10ML S/ AGULHA BD	UND	8	3,5370	28,30
02/2024	08002862 SERINGA DESCARTAVEL 5ML S/ AGULHA BD	UND	1	2,6280	2,63
02/2024	08002861 SERINGA 20ML SEM AGULHA BD	UND	1	10,4130	10,41

269 UNIDADE DE INTERNACAO III

data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/2024	08007086 AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 1,20X25	UND	2	2,9970	5,99
02/2024	08002860 SERINGA DESCARTAVEL 10ML S/ AGULHA BD	UND	2	3,5370	7,07
Total :					360,03

EXAS

261 CENTRO CIRURGICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03010179 INTENSIFICADOR DE IMAGEM	UND	100,00%	1	282,0000	282,00
02000005 TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE 1	UND	100,00%	1	384,5800	384,58

262 RECUPERACAO POS-ANESTESICA

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000002 TAXA DE SALA RECUPERACAO POS ANESTESICA	UND	100,00%	1	36,9300	36,93
Total :					703,51

EXAMES E DIAGNOSTICOS

261 CENTRO CIRURGICO

data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/2024	40811026 RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENEXAME		1	39,9600	39,96
	MARIZA LILIAN PENKAL - 13753 CIRURGIAO				
Total :					39,96

EXAMENARIOS MEDICOS

261 CENTRO CIRURGICO

data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/2024	30722411 FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS - TRATA ATO		100,00%	1		
	VIRGINIA MASSA ABRAHÃO - 34682 068297 ANESTESISTA				100,0000	100,00
	MARIZA LILIAN PENKAL - 13753 741218399 CIRURGIAO				148,0000	148,00

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1397769 - ENZO LARA DA CRUZ Conta: 51893 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Tipo: Sem Classificação

ONORARIOS MEDICOS

261 CENTRO CIRURGICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
	JOSE AUGUSTO MOUTINHO DE - 18021 97 1º AUXILIAR				44,4000	44,40
Total :						292,40

EDICAMENTOS

261 CENTRO CIRURGICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/02/2024	07001001 AGUA PARA INECAO 10ML HYPOFARMA	AMP	1	0,5130	0,51
02/02/2024	07001090 CORTICOIDEX 4MG/ML 2.5ML AMP	AMP	1	4,8600	4,86
02/02/2024	07001105 DIGESAN 10MG AMP	AMP	1	3,6630	3,66
02/02/2024	07000940 DORMONID 5MG AMP	AMP	1	42,6060	42,61
02/02/2024	07000950 FENTANEST 2ML AMP	AMP	1	5,9220	5,92
02/02/2024	07001429 KEFAZOL 1G FR	FA	1	20,2590	20,26
02/02/2024	07008935 KETAMIN-S 50MG/ML 10ML FA	ML	2	8,2260	16,45
02/02/2024	07001279 NEOCAINA ISOBARICA 4ML AMP	AMP	2	9,9450	19,89
02/02/2024	07001303 NOVALGINA 1G AMP	AMP	1	2,7270	2,73
02/02/2024	07000972 PROPOVAN 20ML AMP	AMP	1	28,3050	28,31
02/02/2024	07003434 SANTROPINA 0,25MG/ML AMP	AMP	1	0,8280	0,83
02/02/2024	07001508 SEVORANE SOLUCAO 250ML	ML	20	6,6051	132,10
02/02/2024	07001363 SORO FISIOLÓGICO 0,9% EP 500ML B.BRAUN	FRS	1	7,3620	7,36
02/02/2024	07001357 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML EP SIST.FECHADO B	FR	1	7,1280	7,13
02/02/2024	07001361 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML B.BRAUN	FR	1	6,1380	6,14
02/02/2024	07013612 TORAGESIC 30MG AMP	AMPOLA	1	10,8360	10,84

269 UNIDADE DE INTERNACAO III

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/02/2024	07001001 AGUA PARA INECAO 10ML HYPOFARMA	AMP	2	0,5130	1,03
02/02/2024	07001303 NOVALGINA 1G AMP	AMP	2	2,7270	5,45
Total :					316,08

SOTERAPIA

261 CENTRO CIRURGICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06000017 AR COMPRIMIDO	UND	100,00%	1	11,3500	11,35
06000010 OXIGENIO	UND	100,00%	1	14,0500	14,05
Total :					25,40
Total Geral:					2.075,66

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Lara da Cruz
Nº da Carteira: 2.78.2137
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 27/05/2013

Nº da Guia: 15132

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/02/2024	10:11:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	4º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno está correndo na sala quando caiu em cima do seu dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Jonatas	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Jonatas	05/02/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
O aluno caiu na sala e foi atendido pelo monitor, e foi entrado em contato com pais e ambos foram encaminhados para hospital de referência

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / clinicaadventista.org.br



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 214982198421984

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 2782137	8 - Validade da Carteira 24/12/2024	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome ENZO LARA DA CRUZ		11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora 76530518000107	13 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante MARIZA LILIAN PENKAL	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número no Conselho 13753	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 76530518000107	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL XV LTDA	21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. de Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME N	27 - Previsão de uso de quimioterápico N

28 - Indicação Clínica
FRATURA FALANGE PROXIMAL COM DESVIO - TRATAMENTO CIRURGICO

29 - CID 10 Principal(Opcional) S626	30 - CID 10 (2)(Opcional)	31 - CID 10 (3)(Opcional)	32 - CID 10 (4)(Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos Solicitados			37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		
1 22	30722411	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPÍANOS - TRATAME	1	0
2 22	40811026	RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO	1	0
3 18	60800694	DIÁRIA ENFERMARIA	1	0

Dados da Autorização		
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL XV LTDA	44 - Código CNES 3005585
45 - Observação / Justificativa		

46 - Data da Solicitação 05/02/2024	47 - Assinatura do Responsável pela Solicitação Dr. Alex W. Chociai da Rocha CRM/PR 45739	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
Impresso por: ALEX ROCHA Data/Hora: 05/02/2024 12:52:55 Conta/Lote: 214982198421984 Atendimento: Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE C 21498219			

HOSPITAL XV

Atendimento....: 1397769
Data admissao...: 05/02/2024
Leito.....: APT PRIV LUXO 309
Recepção.....: FERNANDA.NEVES
Medico.....: 13753 - MARIZA LILIAN PENKAL

FICHA DE ATENDIMENTO PACIENTE INTERNADO

Dados do Paciente

Prontuário...: 1011069
Paciente....: ENZO LARA DA CRUZ Data Nasc....27/05/2013 Idade...10a 8m 10d Estado Civil...: SOLTEIRO
RG.....: 155012862 CPF...: 14379556905 Profissao...:
Filiação....: SIMONE DE LARA
Endereço....: JACOB VALENGA Nº...: 188 Complemento...:
Cep.....: 83305000 Fone...:
Bairro.....: VILA FRANCA Cidade...: PIRAQUARA UF...: PR
Convenio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...UNICO Matricula...: 2782137

Dados do Responsável

Responsável...: ROMILDO MARQUES DA SILVA
Documento...: 33318979 CPF Responsavel...: 60270039953
Endereço....: JACOB VALENGA Fone...:
Bairro.....: VILA FRANCA
Profissão...: &F_NM_PROFISAO_RESPONSAVEL

ALTA:: / / OBITO () SIM () NÃO Número da Declaração de Óbito:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que por ocasião de internação, tomei conhecimento das normas regimentais do Hospital XV, e recebi as orientações do corpo administrativo, em especial:

- A) que será de responsabilidade do paciente toda e qualquer despesa não coberta ou liberada pelo convênio ou plano de saúde.
- B) as internações de longa permanência deverão ser quitadas a cada dois dias quando particular.
- C) as internações de longa permanência, quando o paciente for conveniado, dependerão de autorização da prorrogação do internamento da operadora de saúde.
- D) após a alta hospitalar, as acomodações e dependências do hospital deverão ser deixadas no prazo regimental de aproximadamente (duas) horas.
- E) que por ocasião do internamento não será permitido o uso de jóias, objetos pessoais de valor, e quaisquer outros pertences, e quais deverão ser deixados sob os cuidados de familiar ou acompanhante.
- F) as restrições de visitação (horários, crianças, etc), deverão ser respeitados pelo paciente e familiares.
- G) O paciente com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, deverá ser assistido por acompanhante no ato do internamento, e durante todo o período de permanência na instituição hospitalar, conforme prevê o caput do artigo 16 da Lei n.º 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), sob pena de não ser aceito o internamento.

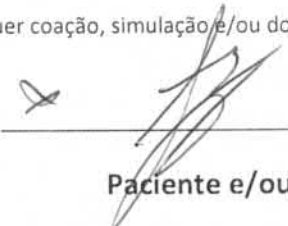
G.1) Caberá ao acompanhante: atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; escutar, estar atento e se solidário com a pessoa cuidada; auxiliar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e ativ

Termo de Autorização e Responsabilidade

Por este **Termo de Autorização e Responsabilidade** o(a) paciente **ENZO LARA DA CRUZ** ou, seu Responsável Legal, Sr.(a) **ROMILDO MARQUES DA SILVA**, declara para todos os fins de direito, que obteve todos os esclarecimentos necessários sobre a possibilidade de haver a **RECUSA** do convênio para o seu atendimento no **Hospital XV (HXV)**, e se assim ocorrer, o seu atendimento passará a ter a categoria de **Particular**, e por essa razão, declara, autoriza e se responsabiliza, conforme os termos a seguir:

- 1 - O (a) paciente declara e reconhece a condição de paciente **Particular**, e, portanto, deverá pagar todas as despesas hospitalares, decorrentes do seu atendimento, que lhe forem apresentadas pelo **HXV**.
- 2 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.
- 3 - Declaro concordar livre e espontaneamente com a possibilidade de existir eventuais riscos e perigos decorrentes de tratamentos e/ou intervenções cirúrgicas, a que enquanto paciente venha a me submeter, e ainda, declaro ter recebido todos os esclarecimentos necessários por um dos componentes da equipe médica.
- 4 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.
- 5 - Declaro estar ciente que a responsabilidade ora assumida é por prazo indeterminado, vigorando até o pagamento final e efetivo de todas as despesas porventura existentes e pendentes, e em caso de mora, o débito será reajustado conforme índice do IGP-M/FGV, acrescidos de juros de 1% ao mês, incidentes sobre o principal corrigido monetariamente. A conta será encerrada definitivamente e efetivamente quando (a) paciente for deixar o **HXV**, sendo esta a data do seu vencimento, independente de qualquer modificação para configuração de mora.
- 6 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.
- 7 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 8 - Declaro, para os devidos fins, estar ciente de que, após sua realização, os exames e testes feitos pelo (a) paciente estarão à disposição na sede do **HXV**, para serem retirados em até **60 (sessenta) dias**, decorridos este prazo, não sendo retirados, poderão referidos exames e testes ser destruídos, pelo que, desde já, dou minha expressa e irrevogável autorização ao **HXV**, para realizar tais providências (destruição).
- 9 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
- 9.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque, ou cartão de débito.
- 10 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 11 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no registro/inclusão do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.
- 12 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 13 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.

Curitiba, 05 de 02 de 2024.


Paciente e/ou Responsável

Informação, esclarecimento e consentimento de procedimentos cirúrgicos:

Ao paciente ou responsável:

Na qualidade de paciente, ou responsável, o Sr.(a) tem o direito de ser informado sobre sua condição e sobre os procedimentos cirúrgicos a serem realizados. Assim melhor esclarecido, o Sr. (a) deverá tomar a decisão de submeter-se ou não aos procedimentos indicados conhecendo os riscos envolvidos. Este documento tem a finalidade de melhor informá-lo, de maneira a que possa autorizar, ou não, o procedimento.

1. Voluntariamente requeiro os serviços profissionais do Dr. MARIZA LILIAN PENKAL bem como de seus assistentes e auxiliares técnicos na área de saúde para tratar de meu estado o qual me foi explicado como sendo: _____.

2. Compreendo, consinto e autorizo voluntariamente o seguinte procedimento cirúrgico: _____.

3. Admito que o cirurgião pode encontrar outras condições e situações durante o ato de cirúrgico que possam requerer procedimentos diferentes do que aqueles planejados. Autorizo a execução de tais procedimentos, a critério profissional do cirurgião.

4. Concordo com a administração de sangue e produtos derivados durante o ato cirúrgico, se julgados necessários.

5. Declaro que a opção pela cirurgia foi minha assim como compreendo que existem riscos, perigos ou agravamento da situação se a minha presente condição não for tratada.

6. Admito riscos relacionados com a atuação cirúrgica, anestésica e de procedimento de diagnóstico, bem como a existência de um potencial de infecção, hemorragia, reações alérgicas e de resultados diferentes do proposto.

7. Com relação ao procedimento cirúrgico que me foi proposto, estou ciente que os seguintes riscos são os mais prováveis: Trombose venosa profunda, Tromboembolismo pulmonar, alterações neurovasculares, infecção além de _____.

8. Entendo que vai ser necessária a administração de anestesia que será de responsabilidade do Médico anestesista. Serei submetido a exames pré- anestésico pelo anestesista e os métodos e riscos serão por ele explicados.

9. Autorizo o cirurgião e sua equipe a fotografar e/ou filmar os atos cirúrgicos acima indicados.

10. Declaro que tive todas as oportunidades de perguntar a respeito de minha condição, formas alternativas de tratamento e de anestesia, riscos do não tratamento, procedimentos a serem utilizados, riscos e perigos envolvidos, e acredito que fui suficientemente informado.

11. Declaro que este formulário me foi explicado, que eu o li, ou me foi lido, e que entendi perfeitamente o seu conteúdo.

Curitiba, 05 de 02 de 2024.



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PAGAMENTO DE

INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO

A Instrumentação Cirúrgica é uma profissão não regulamentada e por esta razão há questionamentos quanto à cobertura pelo plano de saúde e forma de pagamento. Como não se trata de um honorário médico, não há codificação TUSS (Terminologia Unificada Saúde Suplementar) específica. De acordo com as instruções em Tabela AMB e em Tabela CBHPM há previsão de pagamento e percentual de honorários médicos aos auxiliares, porém não há previsão de pagamento ao instrumentador visto não se tratar de profissional médico como já citado.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a cobrança da taxa de instrumentador cirúrgico, e que o pagamento é integralmente em caráter particular. Esta cobrança não está vinculada em conta hospitalar, devendo assim, ser quitada por mim ou por meu responsável financeiro, diretamente ao profissional citado.

Portanto, concedo a cobrança por parte do profissional instrumentador cirúrgico, ciente que não estarei autorizado a solicitar reembolso a instituição hospitalar.

Curitiba, 05 de 02 de 20.


Assinatura do Paciente ou Responsável financeiro

Nome do paciente: ENZO LARA DA CRUZ

Nome do Responsável Financeiro:

RG: 155012862

CPF: 14379556905

Nome do Instrumentador Cirúrgico:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO
- PROCEDIMENTO ANESTÉSICO -**

IDENTIFICAÇÃO

Paciente ENZO LARA DA CRUZ

RG: 155012862 14379556905

Endereço: _____

Telefone: () _____

Responsável: _____

Parentesco /Relação com o paciente: _____

RG: _____ CPF/MF: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____

PROCEDIMENTO

Local: **Hospital XV** Data: ____/____/____ Médico assistente: _____

Procedimento Proposto: _____

INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

- * Para ser submetido ao procedimento cirúrgico supracitado, deverá ser realizado o indispensável procedimento anestésico cabível.
- * As condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de prejuízos esperados e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que é de direito.
- * Os métodos, as técnicas e os fármacos empregados serão indicados pelo médico anesthesiologista.
- * O paciente deve, preferencialmente, ter um acompanhante durante o internamento e, obrigatoriamente após a alta e durante as 24 horas seguintes ao procedimento.
- * O paciente, durante as 24 horas após o procedimento, não poderá dirigir e/ou operar máquinas.
- * O retorno às atividades rotineiras deve ser estabelecido pelo cirurgião ou médico assistente.
- * Poderá ocorrer dor de garganta, dentes fraturados com perda parcial ou total dos mesmos, sangramento nasal e/ou oral em pequena quantidade e anestesia de partes da língua (intubação oronasotraqueal).
- * Poderá ocorrer dor de cabeça, dores lombares, dores musculares, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios durante a recuperação anestésica.
- * Poderão ocorrer reações inesperadas às drogas e/ou técnicas anestésicas, podendo, inclusive, ocorrer óbito.
- * Poderá ocorrer sede, devido ao tempo de jejum prolongado e/ou pelo uso de medicamentos.
- * Poderá ocorrer dor nos locais de punção de veias e/ou artérias e flebites, devido aos materiais e medicamentos utilizados.
- * Poderá ocorrer ardência nos olhos, úlceras de córnea, deslocamento de lentes e perda de pelos.
- * Poderão ocorrer frio, tremores, áreas com falta de sensibilidade por vícios de postura ou após a realização de bloqueios, que poderão ser parciais ou totais, por um período indeterminado de tempo, e, mesmo raramente, poderão ser permanentes.
- * Poderá haver transtornos de comportamento afetivo e de memória, em geral, na forma de ansiedade e, apesar de raros, quadros psicológicos mais complexos.
- * O tabagismo e o uso do álcool ou de drogas ilícitas são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias/sedação, podem determinar a incidência maior de complicações.
- * Durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente, necessitam-se procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados.
- * A Anestesiologia é uma atividade "de meios". O médico e toda sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os recursos científicos à

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO****- PROCEDIMENTO ANESTÉSICO -****DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO**

1. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo (onde me foi dada a oportunidade de fazer perguntas) sobre a natureza, consequências, benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas sobre procedimentos a serem realizados, aceito que os procedimentos anestésicos cabíveis sejam executados. Aceito que poderá haver necessidade de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco, portanto aceito que não existe garantia absoluta de resultados a serem obtidos.
2. Declaro que informei ao médico anesthesiologista sobre todas as doenças e complicações, inclusive alergias, de meu histórico de saúde.
3. Estou ciente de que os métodos, as técnicas e os fármacos empregados serão indicados pelo médico anesthesiologista.
4. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
5. Comprometo-me em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me foram recomendadas, oral e/ou por escrito, sob pena de provocar a frustração dos fins desejados ou colocar em risco minha saúde.
6. Finalmente, estando adequada e suficientemente informado de que os procedimentos aos quais me submeterei poderão ocasionar as alterações descritas acima e limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo que o médico anesthesiologista responsável execute o procedimento anestésico necessário.

CLÁUSULA PARA PACIENTES COM VÍNCULO PARTICULAR

Valor inicial do Orçamento do Serviço de Anesthesiologia: R\$ _____
(_____)

Declaro, para fins de direito, que assumo total responsabilidade por qualquer importância devida, referente aos honorários médicos decorrentes do ato anestésico realizado por ocasião do meu internamento na data de ____/____/____. O valor supracitado poderá sofrer reajuste de até 25% (vinte e cinco por cento), em decorrência de modificações que se fizerem necessárias nas especificações do procedimento anestésico inicialmente proposto.

O pagamento dos honorários será efetuado durante o internamento ou em ocasião oportuna, após a alta do paciente, quando o Serviço de Anesthesiologia fará contato com o paciente ou com seu responsável.

Por ser verdade, firmo o presente.

Curitiba, 05 de 02 de 24.



Paciente / Responsável

Testemunha

NOME: _____

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PR

1888441840

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME
JEFFERSON TEIXEIRA DA CRUZ

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
7759837-5 SESP PR

CPF
038.687.869-29

DATA NASCIMENTO
19/03/1982

FILIAÇÃO
CELSO TEIXEIRA DA CRUZ
JUCELIA DO ROCIO CRUZ

PERMISSÃO
ACC. CAT. HAB.
D

Nº REGISTRO
01527054036

VALIDADE
19/07/2024

1ª HABILITAÇÃO
13/11/2000

ASSINATURA DO PORTADOR
SAO JOSE DOS PINHAIS, PR

DATA EMISSÃO
19/07/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

41044034298
PR916492712

PARANÁ



CHECK LIST PRONTUARIO INTERNAMENTO

Prontuário: **1011069**

Atendimento: **1397769**

Admissão: **05/02/2024 13:39**

Leito: **APT PRIV LUXO 309**

Paciente: **ENZO LARA DA CRUZ**

Mãe: **SIMONE DE LARA**

Médico: **MARIZA LILIAN PENKAL**

CRM: **13753**

Conv: **CLINICA ADVENTISTA**

Carteirinha: **2782137**

Nascimento: **27/05/2013**

Idade: **10 Anos 8 Meses 9 dias**



1397769

TRIPLICE CHECAGEM	ENFERMAGEM	AUDITORIA	SAME
	SIM/ NÃO/ NSA	SIM/NÃO	SIM/NÃO
Prescrição e Evolução Médicas : Ordem Cronológica, Carimbadas, Assinadas e Checadas/Boladas?	Sim		
SAE - Historico (admissão), Diagnóstico / Evolução e Prescrição Enfermagem (diário): Ordem Cronológica, Carimbadas, Assinadas e Checadas/Boladas?	Sim		
SAEP (Paciente Cirurgico) - Está completa ? Assinado e carimbado em todos os campos ?	Sim		
Prescrição Multiprofissional - Fisioterapia e Nutrição: Ordem Cronológica, Carimbadas, Assinadas e Checadas/Boladas?	Não		
Alta Médica: Assinada e Carimbada?	Não		
Alta de Enfermagem: Descrita, Assinada e Carimbada?	Sim		
Exames: Solicitações, Laudos e Gráficos (Exp: exames externos/realizado por terceiros como ecocardio)	Não		
Hemocomponentes: Prescrição Médica Checada e Ficha de Acompanhamento Transfusional completa?	Não		
Saída de Balanço Hidrico (Alta da UTI): Prenchido corretamente ?	Não		
Anotação Enfermagem -Técnico Enfermagem: 01 anotação por turno (M-T-N), Carimbada e Assinada. Obrigatório 01 anotação por turno.	Sim		
Prontuário Cirúrgico: Descrição Cirúrgica, Gráfico Anestésico, Termos Consentimento, Alta Anestésica/Enfermagem, Saída de Sala, Relatório de Farmácia, Identificação de OPME - Carimbadas e Assinadas?	Não		
Identificação Paciente: Ficha de Atendimento PA, Guia Liberação de Internação, Termo de Consentimento Internação - Carimbados e Assinados ?	Sim		
Pendencia Enfermagem ?	Pendencia Auditoria ?	Pendencia SAME ?	
	Sem alta médica assinada		
Responsável pela Conferência - Nome por extenso e legível	Bruno		
DATA:	6/2		



CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Prontuário: 1011069
Admissão 05/02/2024 13:39
Paciente ENZO LARA DA CRUZ
Mãe SIMONE DE LARA
Médico MARIZA LILIAN PENKAL
Conv. CLINICA ADVENTISTA
Carteirinha: 2782137
Nascimento 27/05/2013
Idade: 10 Anos 8 Meses 9 dias
Atendimento: 1397769
Leito: APT PRIV LUXO 309
CRM 13753
1397769

SIG IN - CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO		CIRURGIA DE PRÓTESE	
Data: ____/____/____	Hora: ____:____	Realizado banho com Clorexidine: () Não () Sim	
Sector de origem: 23		CENTRO CIRÚRGICO - ENFERMAGEM	
(X) Pulseira de Identificação		Chegada do paciente ao bloco cirúrgico: ____ horas.	
(X) CC Emergência () CC Eletivo		Pulseira de Identificação: () Não () Sim	
Tipo de Procedimento: 150		Sítio Cirúrgico demarcado: () Não () Sim	
Confirmado pelo: () Paciente (X) Acompanhante		Circulante: ____	
SSVV: PA: ____ FC: ____ FR: ____ T: ____		COREN: ____	
ALÉRGIA: (X) Não () Sim Descreva: ____		TIME OUT (verificação obrigatória do CHECK LIST)	
Medicações em uso, quais: 1100		Admitido na sala às ____ horas. Sala: ____	
Jejum: () Não (X) Sim, a partir das: 7:00		() Montagem da sala conforme procedimento.	
Precisão: (X) Não () Sim, motivo: ____		ANESTESISTAS	
() Avaliação Pré anestésica		() Dados de identificação checados (pulseira/etiqueta e prontuário)	
() Diabetes () HAS () Outros, descreva: ____		() Equipamentos disponíveis e testados	
() Prótese, descreva: ____		() Hemoderivados	
() Adornos, descreva: ____		() Antibiótico profilático	
() Exames complementares: () RX () RM		Sítio cirúrgico demarcado () Não () Sim	
() Ecografia () Tomografia		Anestesista: CRM: ____	
SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO PELO: ____		MÉDICO CIRURGIÃO	
Nome: Alet		() Dados de identificação checados (pulseira/etiqueta e prontuário)	
(X) Médico () Paciente () Não se aplica		() Sítio cirúrgico de acordo com o agendado	
Administrado medicamentos pré-anestésicos:		() Material cirúrgico disponível e adequado	
() Não () Sim, Qual: ____		() Lateralidade cirúrgica demarcada igual ao agendado	
Admitido por Enf./Téc.: 149		() Prótese compatível	
Encaminhado ao bloco cirúrgico às ____ horas,		() Antibiótico profilático	
pelo Enf./Téc./Aux: ____		CRM: ____	
COREN: ____		Cirurgião	
		TRANSOPERATÓRIO	
		Início do procedimento: ____ horas.	
		Término do procedimento: ____ horas.	
		Incidência cirúrgica (local): ____	
		Procedimento: ____	
		Cautério: () Não () Sim	
		Transfusão: () Não () Sim	
		Sonda vesical: () Não () Sim	
		() CVP () CVC	
		Membro ou local punccionado: ____	
		Compressas utilizadas* Qtd: ____ Abertas: ____	
		Desprezadas: ____	
		(*contabilizar em cx quadril, fêmur, joelho, ombro, cx geral)	
		Prótese: ____	
		Observações	
		SIG IN (antes da saída da sala de cirurgia)	
		() Pulseira íntegra e fixada corretamente	
		() Compressas conferidas	
		() Gazes conferidas	
		() Peça cirúrgica identificada adequadamente e requisição preenchida	
		() Infusão venosa identificada	
		() Equipo identificado	
		() Polífix identificado	
		() SVD: débito ____	
		Nível de consciência: ____	
		() Acordado () Sonolento	
		() Adormecido () Sedado	
		Obs: ____	
		() Respiração com auxílio de O2	
		() Respiração em ar ambiente	
		() Entubado	
		Obs: ____	
		Enf./Téc./Aux: ____	
		COREN: ____	



HospitalXV CHECK - LIST INTERNAMENTO

Nome Paciente: ENZO LARA DA CRUZ

Data Nascimento: 27/05/2013 Idade: 10

Leito: APT PRIV LUXO 309 Convênio: CLINICA ADVENTISTA E

Prestador: MARIZA LILIAN PENKAL
CRM: 13753

SCIH - serviço de controle de
infecção hospitalar

NSP - Núcleo de Segurança do
Paciente

Cliente reside em casa de repouso? (Lar de idosos)

() SIM (X) NÃO

Esteve internado(a) nos últimos 30 dias, por mais de 72hrs?

() SIM (X) NÃO

Se sim, onde?

Esteve internado(a) em UTI nos últimos 3 meses?

() SIM (X) NÃO

Se sim, onde?

Realizou cirurgia em outros hospitais nos últimos 6 meses?

() SIM (X) NÃO

Se sim, Que tipo de cirurgia?

Realizou tratamento com antibiótico nos últimos 60 dias?

() SIM (X) NÃO

Qual medicação?

Realiza Hemodiálise em clínica?

() SIM (X) NÃO

Realiza algum tratamento ambulatorial? (Quimioterapia, hemoterapia)

() SIM (X) NÃO

É diabético?

() SIM (X) NÃO

Possui lesões drenando secreção (ferida aberta)?

() SIM (X) NÃO

Se sim, Descreva?

Possui algum tipo de reação alérgica à medicação?

() SIM (X) NÃO

Se sim, Descreva?

Possui algum tipo de reação alérgica à alimentação?

() SIM (X) NÃO

Se sim, Descreva?



ASSINATURA (PACIENTE OU RESONSÁVEL)

Nome legível: _____



CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Prontuário: 1011069
Admissão: 05/02/2024 13:39
Paciente: ENZO LARA DA CRUZ
Mãe: SIMONE DE LARA
Médico: MARIZA LILIAN PENKAL
Conv. CLINICA ADVENTISTA
Carteirinha: 2782137
Nascimento: 27/05/2013
Idade: 10 Anos 8 Meses 9 dias
Atendimento: 1397769
Leito: APT PRIV LUXO 309



SIG IN - CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA DE PRÓTESE

Data: 05/02/24
Setor de origem: Posto IT
Hora: _____

Realizado banho com Clorexidine: () Não () Sim
CENTRO CIRÚRGICO - ENFERMAGEM

() Pulseira de Identificação

Chegada do paciente ao bloco cirúrgico: _____ horas.

() CC Emergência () CC Eletivo

Pulseira de Identificação: () Não () Sim

Tipo de Procedimento: M3D (abd)

Sítio Cirúrgico demarcado: () Não () Sim

Confirmado pelo: () Paciente () Acompanhante

Circulante: Elvira do Rocio Scheunemann

SSVV: PA: 100161 FC: 79 FR: 21 T: 36.1

COREN: Tereza Entropagem

ALÉRGIA: () Não () Sim Descreva: _____

TIME OUT (verificação obrigatória do CHECK LIST)

Medicações em uso, quais: m0

Admitido na sala às _____ horas. Sala: 02

Jejum: () Não () Sim, a partir das: 08:00

() Montagem da sala conforme procedimento.

Precisão: () Não () Sim, motivo: _____

ANESTESISTAS

() Avaliação Pré anestésica

() Dados de identificação checados (pulseira/etiqueta e prontuário)

() Diabetes () HAS () Outros, descreva: m0

() Equipamentos disponíveis e testados

() Prótese, descreva: m0

() Hemoderivados

() Adornos, descreva: m0

() Antibiótico profilático

() Exames complementares: () RX () RM

Sítio cirúrgico demarcado () Não () Sim

() Ecografia () Tomografia

Anestesista: CRM: _____

SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO PELO:

MÉDICO CIRÚRGIO

Nome: _____

() Dados de identificação checados (pulseira/etiqueta e prontuário)

() Médico () Paciente () Não se aplica

() Sítio cirúrgico de acordo com o agendado

Administrado medicamentos pré-anestésicos:

() Material cirúrgico disponível e adequado

() Não () Sim, Qual: _____

() Lateralidade cirúrgica de _____

Admitido por Enf./Téc.: _____

() Prótese compatível

Encaminhado ao bloco cirúrgico às _____ horas,

Cirurgião CRM: _____

pelo Enf./Téc./Aux: _____

TRANSOPERATÓRIO

COREN: _____

Início do procedimento: _____ horas.

Término do procedimento: _____ horas

Obs: _____

Obs: _____

Obs: _____

Obs: _____

Obs: _____

Obs: _____

Obs: _____

SIG IN (antes da saída da sala de cirurgia)

Prótese: _____

Observações

() Pulseira íntegra e fixada corretamente

() Compressas conferidas

() Gazes conferidas

() Peça cirúrgica identificada adequadamente e requisição preenchida

() Infusão venosa identificada

() Equipe identificado

() Polifix identificado

() SVD: débito _____

Nível de consciência: _____

() Acordado () Sonolento

() Adormecido () Sedado

Obs: _____

() Respiração com auxílio de O2

() Respiração em ar ambiente

() Entubado

Obs: _____

Obs: _____

Obs: _____

Obs: _____

Obs: _____

Atendimento: 1397769

Admissão: 05/02/2024 13:39

Leito: **APT PRIV LUXO 309**

Paciente: ENZO LARA DA CRUZ

Mãe: **SIMONE DE LARA**

Médico: **MARIZA LILIAN PENKAL**
Carrera: **CLINICA GINECOLOGICA**

Conv: **CLINICA ADVENTISTA**

Carteirinha: 2782137

Nascimento: 27/05/2013

Idade: 10 Anos 8 Meses 9 dias

CRM: 13753



1397769

PRONTUÁRIO:

DATA: 05/02/24

PACIENTE:

EITO: _____

[illegible]

INTENSIFICADOR
TEMP 20 min
FUNC famiele

03.02.24 2
 03.05.24 2
 Data da Prescrição
 Data de validade
 N.º do Copilador
 Vapor

Hospital XV
 Central de Material

Material: CV MAO	
Esterilizada em:	Validade:
N.º do Lote: VAPOR	Resp: MARÇON

ISO 11 140-1
TSE
 REF. TSI-1601P
 07.2025 LOT 230731
 134°C 5min
 121°C 15min
 5
 TIPO 6
 TYPE 6

ISO 11 140-1
TSE
 REF. TSI-1601P
 07.2025 LOT 230731
 134°C 5min
 121°C 15min
 5
 TIPO 6
 TYPE 6

FICHA DE ANESTESIA

Prontuário: 1011069

Atendimento: 1397769

Admissão: 05/02/2024 13:39

Leito: APT PRIV LUXO 309

Paciente: ENZO LARA DA CRUZ

Mãe: SIMONE DE LARA

Médico: MARIZA LILIAN PENKAL

Conv: CLINICA ADVENTISTA

Carteirinha: 2782137

Nascimento: 27/05/2013

Idade: 10 Anos 8 Meses 9 dias

CRM: 13753



1397769

Cirurgia: *no cirurgião de fratura de 4º*
dedo mão (D)

Cirurgião: *Drª Mariza* Anestesiol.: *Drª Virgínia*

Data: 05/02/24 Início: 18:30 Final: 19:30

Agentes anestésicos e vasoativos	☒ Oxigênio 01 L/min	
	☒ Ar ☐ N ₂ O 02 L/min	
	☒ Inalatório: Sevo 2,5 %	
	Fentanyl 20 µg	
	Midazolam 02 mg	
	Cetamina 10 mg	
	Propofol 40 mg	
Fluidos	SFO, 9X	100 + 250
Total		

Legenda	x Anestesia (início/tér.)	
	o Cirurgia (início/tér.)	
	v PA sistólica	
	^ PA diastólica	
	• FC	
	↑↓ Garrote (início/tér.)	
Monitorização, acessos e sondas	☒ Cardioscopia	
	☐ Oximetria	
	☐ PA não invasiva	
	☐ Capnografia	
	☐ Temperatura	
	☐ PA invasiva	
	☐ PVC	
	☐ BIS	
	☐ TOF	
	Acesso/local/calibre	
	Cath 22G, MSE	
	Ritmo 75 85 85 85	
	SpO ₂ 98% 98% 98%	
	EtCO ₂ 40 42 40	
	Temp.	

Materiais	☒ Eletrodos 05	☐ Bombas infusoras	Ocorrências, descartes e justificativas:
	☒ Equipos 01	☐ Equipos de bomba	
	☒ Conector 2 vias 01	☐ Kit monit. (domus)	<i>*Utilizados 02 Cath 22G devido punção difícil</i>
	☐ Extensor	☐ Sugador/sonda de asp.	
	☐ Tomeirinha	☐ Sonda nasogástrica	

Eventos: outras medicações	1. Identificação de paciente	11. <i>Agua pt 3mg 01 amp.</i>	Encaminhamento
	2. Monitorização	12.	
	3. <i>venoclus MSE</i>	13.	☐ Quarto ☒ RPA ☐ UTI ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Sedado ☐ Ar ambiente ☐ O ₂ suplem. ☐ Intubado ☐ Droga vasoativa/outra
	4. <i>A peral c/ VE sob máscara</i>	14.	
	5. <i>Cefazolin 01 g a</i>	15.	
	6. <i>Atropina 01 g a</i>	16.	
	7. <i>Cetorolaco 30mg a</i>	17.	
	8. <i>Dexametasona 0,5mg a</i>	18.	<i>Virgínia Massa Abraham</i> <i>Médica Anestesiologista</i> <i>CRM 34682 - RQE 20193</i> <i>Carimbo/assinatura</i>
	9. <i>Bromoprida 10 mg a</i>	19.	
	10. <i>Atropina 0,25 mg a</i>	20.	



ASA: <u>I</u> ; ☐ Emergência Porte cirúrgico: ☐ P; ☐ M; ☐ G Risco CV: ☐ Baixo ☐ Interm. ☐ Alto Risco de via aérea difícil: ☐ N ☐ S Risco de estômago cheio (apesar do jejum): ☐ N ☐ S Risco de AOS: ☐ Baixo ☐ Interm. ☐ Alto	Parecer clínico e comentários: 	Assinatura:  Virginia Massa Abrahão Médica Anestesiologista CRM/PR 34682 - RQE 20193
---	---	--

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 39499	Sala : 0003	SALA 03	
Paciente : 1011069	ENZO LARA DA CRUZ		Atendimento : 1397769
Convênio Atend. : 136	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		Carteira : 2782137
Leito : 38	APT PRIV LUXO 309		Idade : 10 Anos 11 Dias 14 Horas
Dt. Início : 05/02/2024 18:40	Dt. Fim : 05/02/2024 19:25		
Cid Pré-Operatório : S626	FRATURA DE OUTROS DEDOS		
Cid Pós-Operatório : S626	FRATURA DE OUTROS DEDOS		

Procedimentos

Procedimento: 48020192	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPÍANOS: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PRINCIPAL)
Convênio: 136	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 32110022	RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
Convênio: 136	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Anestesia: ***	GERAL + LOCAL

Equipe Médica

CIRURGIAO	13753	MARIZA LILIAN PENKAL
ANESTESISTA	34682	VIRGINIA MASSA ABRAHÃO
OUTROS AUXILIARES	45078	EDER HENRIQUE CORREA
1º AUXILIAR	18021	JOSE AUGUSTO MOUTINHO DE SOUZA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA DE 4º DEDO
EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TRONCULAR EM 4 QDD + SEDAÇÃO
PREPARO ORTOPEDICO DE ROTINA EM MSD
COM AUXILIO DE RADIOSCOPIA , REALIZADO MANOBRA DE TRAÇÃO VISUALIZADO REDUÇÃO DA FRATURA
PASSAGEM DE DOIS FK 1,0 MANTENDO REDUÇÃO DA FRATURA CONFIRMADA NA RADIOSCOPIA
CONFECCIONADO GESSO TIPO LUVA

GASTOS : 2 FK 1, + 2 GESSO DE 10 CM, 1 ADAPTADOR DE SORO
SF 500ML
2 CALGODÃO ORTOPEDICO 15CM
2 ATADURA DE CREPE 10CM. 1 BUPIVACAÍNA + AGULHA +. SERINGA
1 CHUMÃO G, 5 COMPRESSAS DE GAZE 10X10CM

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : MARIZA LILIAN PENKAL
CRM : 13753

Prontuário: 1011069

Atendimento: 1397769

Admissão: 05/02/2024 13:39

Leito: APT PRIV LUXO 309

Paciente: ENZO LARA DA CRUZ

Mãe: SIMONE DE LARA

Médico: MARIZA LILIAN PENKAL

Conv: CLINICA ADVENTISTA

Carteirinha: 2782137

Nascimento: 27/05/2013

Idade: 10 Anos 8 Meses 9 dias

CRM: 13753



1397769

Nome:

Data: 5/2/24 Hora: 19:35 h Encaminhado por:

Parâmetro/Hora	0'	15'	30'	45'	60'	1h30'	2h	MONITORIZAÇÃO
Pressão Arterial								☒ Oximetria de Pulso
Pulso / FC	86	87	86	99	85			☐ Cardioscopia
Temperatura								☒ PNI
SPO2 (Saturação O2)	95	95	96	97	92			☐ PVC
Oxigenio								☐ Capnografia
Dor	-	-	-	-				☒ Ventilação Espontânea
Náuseas / Êmese	-	-	-	-				☐ Intubação
Sudorese	-	-	-	-				☐ Traqueostomia
Prurido	-	-	-	-				☐ O2 Mascara a 4L/Min
Agitação	-	-	-	-				
Tremores								
Diurese								SVD ☐ Sim ☒ Não
Drenagem								Tipo:
Irrigação								Local:
Curativo (limpo/sujo/drenando)								Local:
Imobilização (perfusão membro)								Tipo: MSS
								Local:

ESCALA DE ALDRETE KROULIK

Parâmetro	Resposta	Pontos	0'	15'	30'	45'	60'	1h30'	2h
Atividade Motora	Incapaz de mover voluntariamente ou sob chamado	0							
	Capaz de mover 2 extremidades	1	1	1	1	1	1		
	Capaz de mover 4 extremidades	2							
Respiração	Apneia	0							
	Dispneia ou limitação respiratória	1							
	Capaz de respirar profundamente	2	2	2	2	2	2		
Circulação	PA com variação > 50% do nível habitual	0							
	PA variando de 20 até 49% do nível habitual	1							
	PA com variação até 20% do nível habitual	2	2	2	2	2	2		
Consciência	Não responde ao estímulo auditivo	0							
	Despertando ao comando	1							
	Completamente acordado	2	2	2	2	2	2		
SPO2	SatO2 < 90% recebendo O2 ou cianótico	0							
	Precisa O2 p/ manter SatO2 > 90% ou pálido, terroso, icterico	1							
	SatO2 > 92% com ar ambiente ou coloração normal	2	2	2	2	2	2		
Total Pontos	De 08 a 10 pontos, paciente apto para alta da REPAI		7	7	7	7	7		

Registros de Enfermagem(Andamento cirúrgico / Intercorrências / Mudanças programação e posicionamento / horários / etc...):

POI fratura do dedo meo 5º dedo da mão esquerda 550 mmHg no
 tempo, etc. segun cuidados e quando alta p/ unidade

Elvira do Rocio Scheunemann

Enfermagem

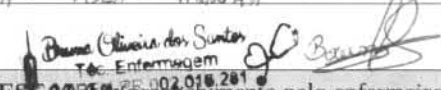
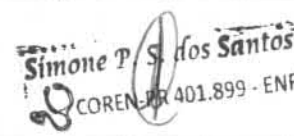
COREN-PR 246.330

ALTA DA REPAI	Check List de saída	Destino	Liberação da REPAI	SAÍDA
	☒ Prescrição Médica Pós-cirúrgica	☐ UTI	Ass/carimbo Anestesiologista	Data: 05/2/24
	☒ Checklist Cirúrgico completo	☒ Unidade:	CRM-PR 32428/BOE-29563	
	☒ Prontuário Organizado	☐ Óbito Hora: ____h	Ass/carimbo Enfermagem	Hora: 20:34

Elvira do Rocio Scheunemann

Enfermagem

COREN-PR 246.330

RETORNO DO PACIENTE DO CC PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO/UTI (PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO - POI) (realizado pelo profissional da enfermagem)			
Responsáveis pelo Transporte: <u>ISABEL</u>		Função: <u>TEC. ENFERMAGEM</u>	
Responsáveis pelo Transporte: <u>BRUNA</u>		Função: <u>TEC. ENFERMAGEM</u>	
Unidade de Internação: <u>POSTO II</u>	Horário da chegada: <u>20:40</u> h	Leito: <u>APT 309</u>	
SSVV: PA <u>X</u> . <u> </u> mmHg T <u>36.2</u> °C FC <u> </u> bpm FR <u> </u> rpm SatO2 <u>98</u> %			
Nível de Consciência: ☒ Alerta ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Sedado ☐ Outro <u> </u>			
Comportamento: ☒ Calmo ☐ Ansioso ☐ Choro ☐ Agitado ☐ Desorientado ☐ Outro <u> </u>			
DOR - Paciente refere ou demonstra dor aguda: ☐ Sim ☒ Não ☐ NSA		☐ BIC ☐ Cat Edpidural ☐ Bomba de PCA	
Escala de Dor: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10		☐ Outros <u> </u>	
Sist Respiratório: ☒ Eupnéia ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Dispositivo: <u> </u>			
Sist Gastro/Uro: ☒ Náusea/Emese ☐ Diarréia ☐ Estoma Onde: <u> </u> ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Dispositivo <u> </u>			
Sist Cardiovas: ☒ Normocardia ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ Normotenso ☐ Outro <u> </u>			
Sist Tegumentar: ☒ Normotermia ☐ Hipotermia ☐ Hipertermia ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Palidez ☐ Cianose <u> </u>			
Lesão de pele: ☒ Não ☐ Sim ☐ Por dispositivo ☐ Por pressão Local: <u> </u>			
Curativo Cirurgico: ☐ Aberto ☐ Fechado ☒ Gesso ☐ Tala Local: <u> </u>			
Aspecto Cobertura: ☒ Limpa ☐ Seca ☐ Úmida ☐ Suja ☐ Compressiva ☐ Solta Obs: <u> </u>			
Secreção: ☐ Hemática ☐ Serosa ☐ Purulenta ☐ Pio sanguinolenta ☐ Biliosa ☐ Sero hemática ☐ Fecalóide ☐ Fétida ☒ NSA			
Drenos: ☒ Não ☐ Sim Modelo: <u> </u> Local: <u> </u>			
Complicações: ☒ NSA ☐ Sangramento ☐ Deiscência ☐ Sinais flogísticos ☐ Fistula ☐ Edema ☐ Hematoma ☐ NSA			
AVP: ☐ Não ☒ Sim Tipo: ☐ CVP ☐ CVC ☐ Outros: <u> </u> Local: <u>RISE</u>			
Prescrição PO: ☐ Sim ☐ Não Conduta: <u> </u>			
Orientação PO: ☐ Não ☒ Sim Qual: <u>ALTA PELA MANHÃ</u>			
Tec Enfermagem:		Data: <u>5/12/2024</u>	
Assinatura/Carimbo: 		Hora: <u>20:40</u> h	
ESCA 40743 (preenchimento pelo enfermeiro)			
Braden: <u>4</u>	Morse: <u>0</u>	Madox: <u>0</u>	Dor: <u>0</u>
Enfermeiro:			
Assinatura/Carimbo: 		Data: <u>05/12/24</u>	
		Hora: <u>20:40</u> h	

Prontuário: 1011069

Atendimento: 1397769

Admissão: 05/02/2024 13:39

Leito: APT PRIV LUXO 309

SISTEMATIZA

Paciente: ENZO LARA DA CRUZ

Mãe: SIMONE DE LARA

Médico: MARIZA LILIAN PENKAL

Conv: CLINICA ADVENTISTA

Carteirinha: 2782137

Nascimento: 27/05/2013

Idade: 10 Anos 8 Meses 9 dias

CRM: 13753



1397769

D:

NOME:

Atendimento:

Setor de Origem:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

(realizada pelo profissional de enfermagem na admissão do paciente na unidade cirúrgica)

Cirurgia proposta:

fratura

Horário:

18:00

Precaução: ☐ NSA ☐ Contato ☐ Gotículas ☐ AéreaAvisado CC Precaução: ☐ SIM ☐ NÃO ☒ NSAReserva de Sangue: ☐ Sim ☒ NãoComorbidades: ☐ Sim ☐ Não Quais:Alergias: ☐ Não ☐ Iodo ☐ Látex (Alerta antecipado) ☐ Medicamentos (qual?):Nível de Consciência: ☒ Alerta ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Sedado

Outros:

Comportamento: ☒ Calmo ☐ Ansioso ☐ Choro ☐ Agitado ☐ DesorientadoIntegridade da Pele: ☒ Preservada ☐ Prejudicada - Especificar:MUC: ☐ Não ☐ Sim - Quais?:Acesso Venoso: ☐ Não ☐ Sim ☐ AVP ☐ CVC ☐ CTI ☐ PICC ☐ _____ Local:Outros Dispositivos: ☒ Não ☐ Sim - Quais?:Tipo de Cirurgia: ☒ Eletiva ☐ Urgência ☐ Emergência

CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO

(realizado pela equipe de enfermagem ao receber o paciente na passagem de plantão cirúrgica)

Termo de consentimento para cirurgia:

☒ Sim ☐ Não Motivo:

Jejum Confirmado

☒ Sim ☐ Não Motivo:

Avaliação Pré-anestésica/Termo consentimento preenchido

☒ Sim ☐ Não Motivo:

Sítio Cirúrgico marcado

☒ Sim ☐ Não Conduta:

Pulseira de identificação

☒ Sim ☐ Não Conduta:

Ausência de esmalte, roupa íntima, adornos

☒ Sim ☐ Não Conduta:

Checklist Cirurgia Segura

☒ Sim ☐ Não Conduta:

Ausência de prótese dentária

☒ Sim ☐ Não Conduta:

Preparo cirúrgico específico:

☒ Não ☐ NSA ☐ Sim Qual:

Banho de clorexidina pré cirúrgico:

☐ Sim ☒ Não Conduta:

Transporte até Centro Cirúrgico

☒ Maca ☐ Cadeira rodas ☐ Outros Qual:

Responsável pelo transporte:

T.E.:

Maquero:

TRANS-OPERATORIO

Entrada no Centro Cirúrgico às 18:22h

Entrada na sala Cirúrgica às 18:22h

Confirmado informações do checklist: ☒ Sim ☐ Não ☐ Divergências- Quais:Grau de Contaminação: ☒ Limpo ☐ potencialmente contaminado ☐ Contaminado ☐ InfectadoInício da anestesia às 18:30h ☐ Geral ☐ Raqui ☐ Peri ☒ Local ☐ Plexular ☐ Inalatória ☒ EV

Obs:

Cirurgião:

mariza

Auxiliar:

-

Residente:

Anestesista:

Vingio

Instrumentador:

-

Circulante:

gino

Antibiótico profilático: ☐ Sim ☐ Não

Qual: _____ Horário: _____

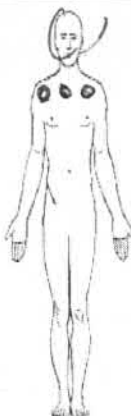
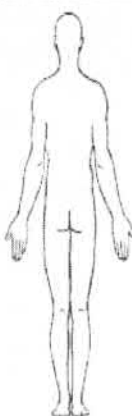
Início da cirurgia às 18:50h

SSVV: PA ☒ X _____ mmHg T _____ °C FC _____ bpm FR _____ rpm SatO2 _____ %

Localização de dispositivo/equipamentos

☒ Acesso venoso Tipo: int Nº 22
 Tipo: _____ Nº _____

☒ Eletrodos
☒ Placa de Bisturi
☒ Punção arterial
☒ Restrições
☒ Cateteres Tipo: _____ Nº _____
 Tipo: _____ Nº _____
☒ Drenos : Tipo: _____ Nº _____
 Tipo: _____ Nº _____
 Tipo: _____ Nº _____



ESQ DIR

Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões decorrente do Posicionamento Cirúrgico do Paciente - ELPO						
ITENS/SCORE	5	4	3	2	1	TOTAL
Tipo de posição cirúrgica	Litotômia	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supino	1
Tempo de Cirurgia	Acima de 06 h	Acima de 04 até 06h	Acima de 02 até 04h	Acima de 01 até 02h	Até 01h	2
Tipo de Anestesia	Geral + regional	Geral	Regional	Sedação	Local	3
Superfície de suporte	sem uso de superfície de suporte ou suporte rígidos, sem alcochoamentos ou permeiras estreitas	colchão da mesa cirurgia de espuma (convencional) + coxins feitos de campo de algodão	colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	colchão da mesa cirurgia de viscoelástico + coxins de viscoelástico	5
Posição de membros	elevação de joelhos >90° e abertura de MMII >90° ou abertura dos MMSS >90°	elevação dos joelhos >90° ou abertura MMII >90°	elevação dos joelhos <90° e abertura dos MMII <90° ou pescoço sem alinhamento mento esternal	abertura <90° dos MMSS	posição anatômica	2
Comorbidades	úlceras por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou TVP	obesidade ou desnutrição	Diabetes Mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades	1
Idade do Paciente	>80 anos	entre 70 a 79 anos	entre 60 a 69 anos	entre 40 a 59 anos	entre 18 e 39 anos	4
Pontuação	07-19 pontos: Menor risco para desenvolvimento de lesão relacionada ao posicionamento cirúrgico 20-35 pontos: Maior risco para desenvolvimento de lesão relacionada ao posicionamento cirúrgico					

O preenchimento desta escala deverá ser realizado para pacientes com idade acima de 18 anos
 Comunicar o enfermeiro do centro cirúrgico quando a pontuação for entre 20 à 35 pontos

Laboratório: ☐ histopatológico ☐ cultura ☐ citologia ☐ NSA
 Qual peça/material: _____

Hemocomponentes: ☐ Não ☐ Sim Quantidade: _____
 Qual: _____

Registros de Enfermagem (Andamento cirúrgico / Intercorrências / Mudanças programação e posicionamento / horários / etc...):

Adm no sala cirúrgica, orientado, respirando e a man
 itarado. por tua 49 de do mas o, supm 56 e intão 2
 equipe e pelifis do terape, de anestesia geral em
 do univ, preparo de enfermeira do tto cc seleção
 de compo extensível, até beco de torse R. 1
 fies a fies de patina e fies K. 1.00 2 fies a
 ter etc tto geral que cuida

Elvira do Rocio Scheunemann
 Técnico Enfermagem
 COREN-PR 246.330

Termina da Cirurgia: às 19:20 h Termina da Anestesia: às 19:30 h

Paciente encaminhado para: ☒ REPAI ☐ UTI ☐ Unidade de Internação ☐ Óbito Data: 05/24 Hora: ____ h

Responsável / Assinatura e Carimbo

Elvira do Rocio Scheunemann
 Técnico Enfermagem
 COREN-PR 246.330

PRESCRIÇÃO.: 1588143 DATA: 05/02/2024 13:48
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1397769 DT NASC: 27/05/2013 (10A 8M 11D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1011069 - ENZO LARA DA CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/02/2024 13:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARIZA LILIAN PENKAL SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 3 LEITO...: APT PRIV LUXO 309 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELA ORTOPEDIA
PREOP FRATURA FALANGE PROXIMAL 4 QDD
JEJUM
DEMARCO LATERALIDADE

1397769

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
1 JEJUM						

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
2 C.C. NOVALGINA 1G AMP Obs.: SE DOR	1	AMPOLA	S	EV	SN	
-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	1	AMPOLA				
-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND	1	UNIDADE				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1588311 DATA: 05/02/2024 19:28
USUÁRIO..... EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1397769 DT NASC: 27/05/2013 (10A 8M 11D)
CONVÊNIO.... CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.... 1011069 - ENZO LARA DA CRUZ
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/02/2024 13:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO..... MARIZA LILIAN PENKAL SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT... POSTO 3 LEITO... APT PRIV LUXO 309 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID..... S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO... 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

pos op de fx de 4 qdd
plano de alta amanhã pela manhã segundo orientação DRA MARIZA

1397769

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

3 DIETA LEVE

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 C.C. NOVALGINA 1G AMP	1	AMPOLA		EV	6/6H-14H	[05/02] . 20
-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	1	AMPOLA				[06/02] . 02 08
-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND	1	UNIDADE				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078

PREScrição.: 1588204 DATA: 05/02/2024 15:55
USUÁRIO....: FILIPE.LOPES
ATENDIMENTO: 1397769 DT NASC: 27/05/2013 (10A 8M 11D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1011069 - ENZO LARA DA CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 05/02/2024 13:39 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARIZA LILIAN PENKAL SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 3 LEITO...: APT PRIV LUXO 309 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A
)

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO(A)

#PRÉ OPERATÓRIO MSD
#NEGA ALERGIA
#NEGA MUC
#NEGA COMORBIDADES:
#PLAÇA DE LEITO + PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO
#PLANO CIRÚRGICO PARA DIA 05/02 18H

GLASGOW 15, SEM ALGIA NO MOMENTO, COM ACOMPANHANTE PAI, AUTOSSUFICIENTE PARCIAL

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROVENIENTE DO P.A PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. CRIANÇA, LÚCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NO MOMENTO EM JEJUM, TÓRAX SIMÉTRICO BILATERAL COM BOA EXPANSIBILIDADE, MV+ POR TODA EXTENSÃO PULMONAR. ABDÔMEN PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO. SEM AVP. MANTÉM SSVV ESTÁVEIS. MANTÉM GRADES E CABECEIRA DE LEITO ELEVADOS PARA SEGURANÇA DA PACIENTE. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. AGUARDANDO CC CHAMAR PARA RETORNO AO SETOR.

RISCO DE QUEDA
RISCO DE INFECÇÃO
DOR AGUDA

Filipe Ferreira Lopes
COREN-PR 574192-ENF

FILIPE FERREIRA LOPES
COREN: 574192

PREScrição.: 1588415 DATA: 06/02/2024 14:00
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1397769 DT NASC: 27/05/2013 (10A 8M 12D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1011069 - ENZO LARA DA CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/02/2024 13:39 1 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARIZA LILIAN PENKAL SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 3 LEITO...: APT PRIV LUXO 309 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELA ORTOPEDIA
1 PO FIXAÇÃO PERCUTANEA FRATURA FALANGE PROXIMAL 4 QDD
PACIENTE BEM, SEM DOR
ALIMENTAÇÃO VO MANTIDA
DIURESE PRESENTE
TALA BEM POSICIONADA
CURATIVO LIMPO E SECO
NV PRESERVADO
ALTA HOSPITALAR COM RECEITA E ORIENTAÇÕES DE RETORNO

1397769

PREScrição MÉDICA

ALTA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ALTA HOSPITALAR						

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Atendimento: 1397769

Dt Atendimento: 05/02/2024 - 13:39

Dt Alta: 06/02/2024 - 06:55

Paciente: 1011069 ENZO LARA DA CRUZ

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: 38 APT PRIV LUXO 309

Plano: 1 UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P/

Usuário: ALEX.ROCHA

CID: S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimento de Alta 30722411 - FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO

Observação de Alta

Dr.(a) MARIZA LILIAN PENKAL

CRM: 13753

PRESCRIÇÃO.: 1588407 DATA: 06/02/2024 13:30
USUÁRIO....: SIMONE.PEREIRA
ATENDIMENTO.: 1397769 DT NASC: 27/05/2013 (10A 8M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1011069 - ENZO LARA DA CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/02/2024 13:39 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A
)

MÉDICO.....: MARIZA LILIAN PENKAL SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 3 LEITO...: APT PRIV LUXO 309 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO(A)

Plantão Noturno
05/02/24

#S
Paciente em POI de MSD, retornou do CC às 20:40h, sendo transportado em maca, acompanhado da equipe de enfermagem, acomodado em leito de enfermaria, com cabeceira e grades bilaterais elevadas, conforme protocolo de segurança do paciente, travas acionadas, segue com acompanhante, mantém sinais vitais estáveis. Acordado, contactuante, colaborativo, acianótico e anictérico. Sem queixas algicas no momento da visita. Proporcionado medidas de conforto e higiene.

#O
Eupneico em ar ambiente, sem sinais de esforço respiratório.
Mucosa oral íntegra e corada, boa ingesta alimentar e hídrica
Tórax plano, simétrico com expansibilidade bilateral adequada. #AP: MV(+)sem RA
AVP em MSE salinizado e permeável
Abdome plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, RHA(+)
Diurese presente e espontânea
Hábitos intestinais ausente no momento
Região sacra íntegra para LPP.
MMII com força e mobilidade preservadas, sem sinais de empastamento, calcaneos íntegros

#A
- Integridade tissular prejudicada
- Conforto prejudicado
- Dor aguda
- Risco de infecção
- Risco de lesão por pressão em adultos

#P
- VIDE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1397769

PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO(A)

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 REALIZAR MEDIDAS DE CONFORTO					2/2H	[06/02]	. 14 . 16 . 18 . 20 . 22 [07/02] . 00 . 02 . 04 . 06 . 08 . 10 . 12
2 REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO					2/2H	[06/02]	. 14 . 16 . 18 . 20 . 22 [07/02] . 00 . 02 . 04 . 06 . 08 . 10 . 12

PRESCRIÇÃO.: 1588407 DATA: 06/02/2024 13:30
USUÁRIO....: SIMONE PEREIRA
ATENDIMENTO: 1397769 DT NASC: 27/05/2013 (10A 8M 12D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1011069 - ENZO LARA DA CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/02/2024 13:39 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A
)

MÉDICO.....: MARIZA LILIAN PENKAL SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 3 LEITO...: APT PRIV LUXO 309 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR SINAIS DE HIPERGLICEMIA					CONTINUA	[06/02]	. 13:30
4 OBSERVAR, COMUNICAR E ANOTAR SINAIS DE HIPOGLICEMIA					CONTINUA	[06/02]	. 13:30
5 OBSERVAR E ANOTAR ACEITACAO DIETA VO					1x ou sn	[07/02]	. 00
6 REALIZAR BANHO NO LEITO			S		SN		
7 REALIZAR BANHO DE ASPERSAO					MANHA	[07/02]	. 07:30
8 REALIZAR HIGIENE CORPORAL			S		SN		
9 REALIZAR HIGIENE ORAL					10/14/20hr	[06/02]	. 14 . 20
Obs.: com bicarbonato de sódio						[07/02]	. 10
10 CONTROLAR DIURESE					SN		
Obs.: VOLUME							
19hs ()							
07hs ()							
12hs ()							
11 OBSERVAR E ANOTAR ASPECTO E FREQUENCIA DE EVACUACAO			S		SN		
12 OBSERVAR E COMUNICAR ALTERAÇÕES EM PADRÃO RESPIRATORIO					CONTINUA	[06/02]	. 13:30
13 C.C. SALINIZAR ACESSO VENOSO PERIFERICO					10/14/20hr	[06/02]	. 14 . 20
Obs.: SALINIZAR ACESSO VENOSO SEMPRE APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS						[07/02]	. 10
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA					
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE					
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE					
14 MANTER GRADES ELEVADAS					CONTINUA	[06/02]	. 13:30
15 MANTER CABECEIRA ELEVADA					CONTINUA	[06/02]	. 13:30
16 VERIFICAR PULSEIRA DE IDENTIFICACAO					CONTINUA	[06/02]	. 13:30
Obs.: CASO O PACIENTE NÃO ESTEJA UTILIZANDO A PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, PROVIDENCIAR IMEDIATAMENTE!!							

PRESCRIÇÃO : 1588407 DATA: 06/02/2024 13:30
USUÁRIO....: SIMONE.PEREIRA
ATENDIMENTO: 1397769 DT NASC: 27/05/2013 (10A 8M 12D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1011069 - ENZO LARA DA CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/02/2024 13:39 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO(A
)

MÉDICO.....: MARIZA LILIAN PENKAL SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 3 LEITO...: APT PRIV LUXO 309 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES/STANDARD
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SINAIS VITAIS				Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
17 VERIFICAR SINAIS VITAIS 6/6H										
Obs.:		T.	P.	P.A.		F.R.				
14hs	(	)	(	)	(	)	(	)		
20hs	(	)	(	)	(	)	(	)		
02hs	(	)	(	)	(	)	(	)		
08hs	(	)	(	)	(	)	(	)		


SIMONE PEREIRA DA SILVA DOS SANTOS
COREN: 401899

Data: 05/02/24 Hora: 14:11 Setor: R3 Leito nº 309

1. Dados de Identificação:

Nome completo: _____ Prontuário: **1011069** Atendimento: **1397769** / / Idade: anos
 Sexo: Feminino ☒ Masculino ☐ Admissão: **05/02/2024 13:39** Leito: **APT PRIV LUXO 309**
 Motivo da internação: _____ Paciente: **ENZO LARA DA CRUZ**
 Médico responsável: _____ Mãe: **SIMONE DE LARA**
 (Caso não esteja portando a) Conv: **CLINICA ADVENTISTA** CRM: **13753** presente: ☐ Sim ☐ Não
 Carteira: **2782137**
 Nascimento: **27/05/2013**
 Idade: **10 Anos 8 Meses 9** dias  **1397769**

2. Hábitos de saúde:

☐ Tabagista. Há quanto tempo? Quantidade cigarros por dia?
☐ Etilista. Há quanto tempo? Quantidade de bebida?
 Faz uso de alguma outra substância química: ☐ Não ☐ Sim, qual?
 Atividade física: ☒ Não ☐ Sim, qual? Frequência:
 Observações: _____

3. Perfil de saúde:

Medicações de uso contínuo: Não
 Antecedentes familiares: Não
 Cirurgias anteriores: Não ☒ Sim ☐ Qual?
 Faz algum tipo de tratamento atualmente? ☒ Não ☐ Sim. Tipo de tratamento e medicações utilizadas?
 Possui algum tipo de alergia? Não ☒ Sim ☐ Qual?
 Alterações: ☐ Visuais ☐ Fala ☐ Auditiva.
 Possui algum tipo de limitação?

4. SINAIS VITAIS

PA: / mmHg
 T: °C.
 Fc: b.p.m.
 Fr: r.p.m.

5. Estado Neurológico:

Nível de consciência: ☒ Alerta/ Acordado ☐ Letárgico/ sonolento ☐ Torporoso
☐ Comatoso ☐ Agitado

6. Estado Nutricional:

Peso: 40 kg. Altura: 140 cm. IMC (Peso/altura²):
 Perda de peso nos últimos 3 meses? ☐ Não ☐ Sim Redução da ingestão alimentar na
 última semana? ☐ Não ☐ Sim

(Se alguma resposta for SIM, acionar NUTRICIONISTA)

7. Pele e anexos:

☒ Pele hidratada ☐ Pele Seca ☐ Turgor aumentado
 Coloração: ☐ Pálida ☐ Icterícia ☐ Cianose: Se sim, locais:
 Edema: ☒ Não ☐ Sim, locais:
 Hematoma: ☒ Não ☐ Sim, locais:
 Lesões: ☒ Não ☐ Sim, locais:
 Cicatrizes: ☒ Não ☐ Sim, locais:
 Unhas: ☒ Normais ☐ Curvas ☐ Tipo Colher ☐ Baqueteamento (hipertrofia das falanges)

8. Cabeça / Pescoço

Couro cabeludo: ☒ Íntegro ☐ Limpo ☐ Sujidade visível
 Acuidade visual: ☒ Normal ☐ Apresenta alguma deficiência
 Pupilas: ☐ Midríase ☐ Miose ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☒ Fotorreagentes
 Dentição: ☒ presente ☐ ausente. Faz uso de prótese dentária: ☒ Não ☐ Sim Mucosa oral: ☐ seca ☒ Normal
 Língua: ☒ Normal ☐ Saburrosa Deglutição: ☒ Normal ☐ Apresenta dificuldade na deglutição
 Vias aéreas: ☒ Livres Faz uso de Oxigênio: ☒ Não ☐ Sim: ☐ Cateter Nasal ☐ Máscara de Névoa ☐ TOT ☐ TQT
 Jugular: ☐ Ingurgitada ☒ Normal Gânglios: ☒ ausentes ☐ palpáveis, se sim, localização

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Instrumento de Diagnóstico de Enfermagem

Data: 05/02/24 Hora: 14:11

Prontuário: 1011069

Admissão: 05/02/2024 13:39

Paciente: ENZO LARA DA CRUZ

Mãe: SIMONE DE LARA

Médico: MARIZA LILIAN PENKAL

Conv: CLINICA ADVENTISTA

Carteirinha: 2782137

Nascimento: 27/05/2013

Idade: 10 Anos 8 Meses 9 dias

Atendimento: 1397769

Leito: APT PRIV LUXO 309

CRM: 13753



1397769

- () Controle familiar ineficaz do regime terapêutico
- () Manutenção ineficaz da saúde
- () Deglutição prejudicada.
- () Risco de glicemia instável
- () Risco de desequilíbrio eletrolítico
- () Volume de líquidos deficiente
- () Volume de líquidos aumentado
- () Eliminação urinária prejudicada
- () Constipação
- () Diarréia
- () Troca de gases prejudicadas
- () Padrão de sono prejudicado
- () Deambulação prejudicada
- () Mobilidade física prejudicada
- () Risco de choque
- () Padrão respiratório ineficaz
- () Risco de sangramento
- () Deficit de conhecimento quanto ao uso de medicamentos e dispositivos
- () Recuperação cirúrgica retardada
- () Confusão aguda
- () Risco de confusão aguda
- () Confusão crônica
- () Memória prejudicada
- () Risco de infecção
- () Risco de Aspiração
- () Integridade tissular prejudicada
- () Risco de integridade tissular prejudicadas
- () Risco de lesão
- () Risco de lesão por posicionamento perioperatório
- () Risco de Queda
- () Risco de trauma
- () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
- () Termorregulação ineficaz
- () Dor aguda
- () Dor crônica
- () Náuseas
- ()
- ()
- ()
- ()
- ()
- ()

ESCALAS DE RISCOS

BRADEN: 16

MORSE: 24

MADOX: 0

FUGULIN: 08

AValiação da Dor: 0

Enfermeiro:

Filipe Ferreira Lopes
COREN-PR 57492-ENF

4 QDD



4 QDD



Período de 05/02/2024 a 05/02/2024

Atendimento: 1397769 ENZO LARA DA CRUZ

Nascimento: 27/05/2013

Mãe: SIMONE DE LARA

Internação: 05/02/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV LUXO 309

Unidade: POSTO 3

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIZA LILIAN PENKAL

Evolução/Anotação: 00668327

Data: 05/02/2024

Hora: 17:46

PACIENTE ADMITIDO NO SETOR FX 4 DEDO DE MAO D, CALMO, LUCIDO, COMUNICATIVO, DEMARCADO MSD, SEM QUEIXAS ALGICAS, MANTEM JEJUM PARA PROCEDIMENTO, ORIENTADO P A CHAMAR SEMPRE QUE NECESSARIO, SEGUER CUIDADOS DE ENFERMAGEM,


1779 RAFAEL GLINKA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 296185

Período de 05/02/2024 a 05/02/2024

Atendimento: 1397769 ENZO LARA DA CRUZ

Nascimento: 27/05/2013

Mãe: SIMONE DE LARA

Internação: 05/02/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV LUXO 309

Unidade: POSTO 3

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIZA LILIAN PENKAL

Evolução/Anotação: 00668356

Data: 05/02/2024

Hora: 21:56

19:30 RECEBO PLANTÃO QUE PACIENTE ESTAVA NO CENTRO CIRURGICO AS 20:40 PACIENTE RETORNOU DO PO DE MSD; CALMO E SEM QUEIXAS, CONSCIENTE, LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, COM ACOMPANHANTE (MÃE), RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM A.A., ALIMENTAÇÃO LEVE VO COM BOA ACEITAÇÃO CPM, MANTENDO AVP MSE, MEDICADO CONFORME PRECRIÇÃO MEDICA, SINAIS VITAIS ESTAVEIS, PERMANECE EM REPOUSO NO LEITO, COM GRADES E CABECEIRA ELEVADAS, COM PLACA DE LEITO E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, APRESENTOU DIURESE ESPONTANEA E EVACUAÇÃO AUSENTE ATE O MOMENTO DESTE REGISTRO, CAMPAINHA AO ALCANCE DAS MÃOS, ORIENTADO CHAMAR SEMPRE QUE NECESSÁRIO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Bruna Oliveira dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PR 002.016.281

2082 BRUNA OLIVEIRA DOS SANTOS
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 2.016.281

Período de 06/02/2024 a 06/02/2024

Atendimento: 1397769 ENZO LARA DA CRUZ

Nascimento: 27/05/2013

Mãe: SIMONE DE LARA

Internação: 05/02/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito: APT PRIV LUXO 309

Unidade: POSTO 3

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIZA LILIAN PENKAL

Evolução/Anotação: 00668414

Data: 06/02/2024

Hora: 07:48

ASSUMO PACIENTE AS 07:30, LUCIDO, ORIENTADO, EUPNEICO EM AA, SSVV ESTAVEIS, BOA ACEITAÇÃO DE DIETA VIA ORAL, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE, AVP EM MSE, RETIRADO POR MOTIVO DE ALTA HOSPITALAR. EMCAMINHADO ATE A SAIDA DEAMBULANDO COM ACOMPANHANTE E SEUS PERTENCES.

1915 RUAN ALVES DE MELO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1786580

Ruan Alves de Melo
COREN-PR 001.786.580-TE