

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNI

8260-2

67505645

Anderson dos Santos Apriomo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

NAO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 33.129.579-9 2 via DATA DE EXPEDICAO 07/12/2015

NOME ANDERSON DOS SANTOS APRIMO

FILIAÇÃO BENEDITO DONIZETE APRIMO DIRCEA DONIZETTI DOS SANTOS

NATURALIDADE SOROCABA - SP

DOC ORIGEM SOROCABA SP SEGUNDO SUBDISTRITO CN: LV/A164/FLS. 180V/Nº 20653

CNPJ 340026818/66

DATA DE NASCIMENTO 24/04/1980

Anderson dos Santos Apriomo

Delegado de Polícia Divisão de Identificação SSP/SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Anamnese

DADOS DO PACIENTE

NOME: ANDERSON DOS SANTOS APRIMO
CONVÊNIO: SISTEMA UNICO DE SAUDE - SUS
MÃE: DIRCEA DONIZETE DOS SANTOS
NASCIMENTO: 24/04/1980 / 45 anos
MÉDICO: PAULO VICTOR MOREIRA BRITO
ESPECIALIDADE: ANESTESIOLOGIA
DATA ANAMNESE: 17/10/25 13:48

PRONT./ATEND.: 295438 / 37
UNIDADE:
LEITO:
ENTRADA: 17/10/2025
SEXO: MASCULINO
CRM: 268953

SINAIS VITAIS

FREQ. CARDÍACA: 91	TEMP. AXILAR: 0	PAS (mmHg): 112,00
FREQ. RESPIRATÓRIA: 0	PESO (Kg): 80,00	PAD (mmHg): 70,00
TEMP. TRANSESOFÁGICA: 0	ESTATURA: 1,76	SAT. O2: 0

RESUMO

CX: REVISAO ATQ DIREITO
HPP: TABAGISTA 30AM
MUC: NEGA
ALERGIAS: NEGA
HISTÓRICO CX: ATQ DIREITO // FX BRACO ESQUERDO S/ INTERCORRÊNCIAS

CID

M16 - Coxartrose [artrose do quadril]

EXAME FÍSICO

AR: MVF, S/RA
ACV: RCR B2T NF, S/S AUSCULTADOS
PROTESE DENTARIA: SIM
MALLAMPATI: DOIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ASA II

EXAMES COMPLEMENTARES

LAB (02/10/25): PLAQ 362.000 // HB 13,7 // HT 40,5 // CR 0,85 // GLICOSE 87 // K 4,5 // NA 143 // U 21
ECG (02/10/25): FC 73. SINUSAL
RX-TÓRAX (02/10/25): SEM ALTERACOES

Deste modo, caso sejam necessárias, autorizo a equipe médica e multiprofissional envolvida em minha assistência a realizar quaisquer intervenções, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, exames, procedimentos ou outras cirurgias que se façam necessárias durante meu procedimento e/ou cirurgia, ou na fase de recuperação dele/a, e que sejam diferentes daqueles inicialmente propostos, visando meu bem-estar e minha saúde.

Confirmo que recebi informações suficientes, li, compreendo e concordo expressamente com o tratamento proposto e com tudo o que me foi esclarecido; reforço que tive a oportunidade de fazer perguntas, tirar minhas dúvidas e pedir para modificar ou retirar partes deste termo que não estivesse de acordo. Sei que posso retirar esta autorização antes do procedimento proposto, sem que sofra sanções, mas assumindo as consequências de meu ato para minha saúde.

Diante das informações recebidas, autorizo que seja executado em mim- ou no(a) paciente pelo qual sou responsável- o procedimento anestésico acima referido pelo médico infra assinado ou por qualquer outro profissional anestesiológico cadastrado no Hospital Santa Lucinda.

Autorizo também a mudança da técnica anestésica inicialmente proposta, frente a situações ou complicações que possam ocorrer durante meu procedimento, os quais necessitem de abordagem diferente daquela inicialmente proposta.

☒ Sou paciente () Sou responsável legal- Grau de parentesco: _____

Nome completo: _____

Telefone (s) de contato: () _____ / () _____

R.G: _____ / CPF: _____

Assinatura do paciente e/ou responsável legal: X Gonçalo da Santos Aguiar

Sorocaba, ____ de ____ de ____.

PREENCHIMENTO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA:

Expliquei todo o procedimento anestésico a ser realizado, informando detalhadamente sobre benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações. Todas as dúvidas foram esclarecidas ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, e de acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Dr. Paulo Victor M. Brito

CRM-SP 268953

Nome, CRM e Assinatura do anestesiológico: _____

Sorocaba, 17 / 10 / 25.

EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA: Não foi possível a coleta do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO por tratar-se de situação de emergência.

1º Médico/ CRM/ Assinatura e Carimbo: _____

2º Médico/ CRM/ Assinatura e Carimbo: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Núcleo de Atenção à Qualidade	CÓDIGO: 306 ADM	EMIÇÃO: 08/06/2021	REVISÃO Nº 000 DATA: N/A
ELABORADO POR: Diretoria Clínica	SETOR: Anestesiologia	APROVADO POR: Diretoria Técnica	VALIDADO POR: N/A

Anamnese

DADOS DO PACIENTE

NOME:	ANDERSON DOS SANTOS APRIMO	PRONT./ATEND.:	295438 / 33
CONVÊNIO:	SISTEMA UNICO DE SAUDE - SUS	UNIDADE:	
MÃE:	DIRCEA DONIZETE DOS SANTOS	LEITO:	
NASCIMENTO:	24/04/1980 / 45 anos	ENTRADA:	19/09/2025
MÉDICO:	BRUNO DI SERIO DIAS	SEXO:	MASCULINO
ESPECIALIDADE:	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CRM:	134093
DATA ANAMNESE:	19/09/25 10:07		

SINAIS VITAIS

FREQ. CARDÍACA:	0	TEMP. AXILAR:	0	PAS (mmHg):	0
FREQ. RESPIRATÓRIA:	0	PESO (Kg):	0	PAD (mmHg):	0
TEMP. TRANSESOFÁGICA:	0	ESTATURA:	0	SAT. O2:	0

RESUMO

pte com soltura de prótese com lesão quadril solicitado pre op e anestesista para cirurgia já programada para 20/10

CID

T840 - Complicação mecânica de prótese articular interna

EXAME FÍSICO

dor sinias flog local

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES

exames pre op

CONDUTA

solicitado pre op cirurgia

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA ANESTESIA,
SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA**

Nome do Paciente: _____ RG: _____

Anestesiologista Responsável: _____ CRM: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento / Cirurgia Proposta: Revisão ATQ D

Declaro ter sido informado (a) sobre o procedimento anestésico ao qual serei submetido (a) ou o(a) paciente pelo (a) qual sou responsável- seus benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações.

Afirmo também ter dado todas as informações em relação à minha saúde, doenças que tenho, incluindo reações alérgicas conhecidas e remédios que tomo atualmente, uso de cigarros, drogas entorpecentes, uso de álcool, eventualmente ou nos últimos dias, visto que são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento a que serei submetido (a).

Compreendi que a escolha da técnica anestésica ideal para cada caso depende da avaliação do anestesiológico, da condição clínica do paciente, do procedimento cirúrgico proposto e do consentimento do (a) paciente.

Fui informado (a) que, o médico anestesista que realizou a Consulta Pré-operatória ou Avaliação Pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia, assim como, que como qualquer procedimento médico, o procedimento anestésico a ser realizado não é isento de riscos, intercorrências ou complicações:

- Anestesia Regional (raquianestesia/ peridural ou anestesia combinada raqui-peri) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou no local da punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, coceira, alterações de sensibilidade na pele, formigamento de membros, tremores e tonturas;

- Anestesia Geral ou Sedação: pode ser necessária a manipulação de vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, podem ocorrer comprometimentos da arcada dentária, alterações do nível de consciência intra ou pós-operatório, lapsos de memória ou rouquidão.

Excepcionalmente, podem ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, complicações circulatórias e infecciosas, flebites, ou outros eventos adversos mais raros.

Reconheço que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamento disponíveis na instituição para que seja alcançado o melhor resultado.

Núcleo de Atenção à Qualidade	CÓDIGO: 306 ADM	EMIÇÃO: 08/06/2021	REVISÃO Nº 000 DATA: N/A
ELABORADO POR: Diretoria Clínica	SETOR: Anestesiologia	APROVADO POR: Diretoria Técnica	VALIDADO POR: N/A

Anamnese

DADOS DO PACIENTE

NOME: ANDERSON DOS SANTOS APRIMO
CONVÊNIO: SISTEMA UNICO DE SAUDE - SUS
MÃE: DIRCEA DONIZETE DOS SANTOS
NASCIMENTO: 24/04/1980 / 45 anos
MÉDICO: PAULO VICTOR MOREIRA BRITO
ESPECIALIDADE: ANESTESIOLOGIA
DATA ANAMNESE: 17/10/25 13:48

PRONT./ATEND.: 295438 / 37
UNIDADE:
LEITO:
ENTRADA: 17/10/2025
SEXO: MASCULINO
CRM: 268953

SINAIS VITAIS

FREQ. CARDÍACA: 91
FREQ. RESPIRATÓRIA: 0
TEMP. TRANSESOFÁGICA: 0

TEMP. AXILAR: 0
PESO (Kg): 80,00
ESTATURA: 1,76

PAS (mmHg): 112,00
PAD (mmHg): 70,00
SAT. O2: 0

RESUMO

CX: REVISAO ATQ DIREITO
HPP: TABAGISTA 30AM
MUC: NEGA
ALERGIAS: NEGA
HISTÓRICO CX: ATQ DIREITO // FX BRACO ESQUERDO S/ INTERCORRÊNCIAS

CID

M16 - Coxartrose [artrose do quadril]

EXAME FÍSICO

AR: MVF, S/RA
ACV: RCR B2T NF, S/S AUSCULTADOS
PROTESE DENTARIA: SIM
MALLAMPATI: DOIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ASA II

EXAMES COMPLEMENTARES

LAB (02/10/25): PLAQ 362.000 // HB 13,7 // HT 40,5 // CR 0,85 // GLICOSE 87 // K 4,5 // NA 143 // U 21
ECG (02/10/25): FC 73. SINUSAL
RX-TÓRAX (02/10/25): SEM ALTERACOES

Deste modo, caso sejam necessárias, autorizo a equipe médica e multiprofissional envolvida em minha assistência a realizar quaisquer intervenções, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, exames, procedimentos ou outras cirurgias que se façam necessárias durante meu procedimento e/ou cirurgia, ou na fase de recuperação dele/a, e que sejam diferentes daqueles inicialmente propostos, visando meu bem-estar e minha saúde.

Confirmo que recebi informações suficientes, li, compreendo e concordo expressamente com o tratamento proposto e com tudo o que me foi esclarecido; reforço que tive a oportunidade de fazer perguntas, tirar minhas dúvidas e pedir para modificar ou retirar partes deste termo que não estivesse de acordo. Sei que posso retirar esta autorização antes do procedimento proposto, sem que sofra sanções, mas assumindo as consequências de meu ato para minha saúde.

Diante das informações recebidas, autorizo que seja executado em mim- ou no(a) paciente pelo qual sou responsável- o procedimento anestésico acima referido pelo médico infra assinado ou por qualquer outro profissional anestesiológista cadastrado no Hospital Santa Lucinda.

Autorizo também a mudança da técnica anestésica inicialmente proposta, frente a situações ou complicações que possam ocorrer durante meu procedimento, os quais necessitem de abordagem diferente daquela inicialmente proposta.

☒ Sou paciente () Sou responsável legal- Grau de parentesco: _____

Nome completo: _____

Telefone (s) de contato: () _____ / () _____

R.G: _____ / CPF: _____

Assinatura do paciente e/ou responsável legal: X Anderson da Santa Américo

Sorocaba, ____ de ____ de ____.

PREENCHIMENTO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA:

Expliquei todo o procedimento anestésico a ser realizado, informando detalhadamente sobre benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações. Todas as dúvidas foram esclarecidas ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, e de acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Dr. Paulo Victor M. Brito

Nome, CRM e Assinatura do anestesiológista: _____

Sorocaba, 17 / 10 / 25.

EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA: Não foi possível a coleta do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO por tratar-se de situação de emergência.

1º Médico/ CRM/ Assinatura e Carimbo: _____

2º Médico/ CRM/ Assinatura e Carimbo: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Núcleo de Atenção à Qualidade	CÓDIGO: 306 ADM	EMIÇÃO: 08/06/2021	REVISÃO Nº 000 DATA: N/A
ELABORADO POR: Diretoria Clínica	SETOR: Anestesiologia	APROVADO POR: Diretoria Técnica	VALIDADO POR: N/A