

NARIO ARAUJO
SILVA

INVALIDEZ

3150877873

PROCESSO
INDENIZADODATA PAGAMENTO: 12/11/2015 VALOR
PAGAMENTO: 2531.25

12





13

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

RENATO ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / COLEGIADOR W
200909803254 SSP CE

CPF
603.715.413-95

DATA NASCIMENTO
02/04/1993

PRENOME
ALBERTO SEBASTIAO DA SILVA

MARIA CRISTIANA
BERNARDO ARAUJO

SEXO
M

ACD
AB

NUMERO
06167463452

VALIDADE
30/04/2019

1ª EMISSAO
02/09/2014

VALIDADE EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1158157038

RENATO ARAUJO DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSAO
03/09/2015

16381149583
CE149500068

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-CE (CEARA)

PROVEDOR PLASTIFICAR
1158157038

3150877873

Dados Clínicos - Enfermagem

Idade: 22 Ano(s)
Quarto/Leito: 109/0001
CRM: 16409
Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

o: 172145 Paciente: RONARIO ARAUJO DA SILVA
Nascimento: 02/04/1993 Nome da Mãe: CRISTIANA HERMINIO ARAUJO
nto: 0003 Aposento: ENFERMARIA
mação: 04/09/2015 Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA
e: SUS Setor: POSTO ENF 2
ico: S82.8 Fratura de outras partes da perna S82.8 Fratura de outras partes da perna

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

DES DE ENFERMAGEM - 04/09/2015 14:44:43

ADMITIDO NO POSTO 2 EM CADEIRA DE RODAS

Wilma Silva Leal
Téc. de Enfermagem

COF. M. CE: 429464

ÁVEL: TE: WILMA SILVA LEAL - COREN-CE 429464

DES DE ENFERMAGEM - 04/09/2015 16:01:47

IO T; 36 PACIENTE SEGUE NO LEITO, ATIVO, OREINTADO, REFERE ALGIA NA INCISÃO CIRURGICA, MEDICADO CPM, SEGUE SOB
S DE ENFERMAGEM.

Wilma Silva Leal
Téc. de Enfermagem
COF. M. CE: 429464

ÁVEL: TE: WILMA SILVA LEAL - COREN-CE 429464



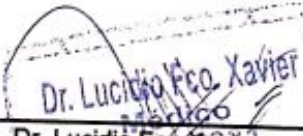
dr. Lucídio

Olhando por você
clínica

CLINICA Dr. LUCIDIO F. XAVIER
RUA ARISTIDES BARRETO - Nº934
SÃO BENEDITO - Ce
FONE: 88-3626-2264

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o paciente RONARIO ARAUJO DA SILVA. Paciente vítima de acidente automobilístico, ocorrido no dia 31/08/2015, sendo socorrido para Hospital Municipal de Viçosa e encaminhado para Hospital e Maternidade São Camilo. Tianguá-Ce. Sendo submetido a tratamento cirurgico. O referido paciente foi assistido nesta clinica, com o seguinte diagnóstico: (1) Fratura Tornozelo direito. (2) Politrauma. Grau de incapacidade funcional irreversível. Onde apresenta as seguintes sequelas: (1) Perda de 75% da função do Tornozelo Direito. (2) Perda de 75% da função do MMII Direito. (3) Perda de 50% da função Deambulação. Alta definitiva a partir desta.


Dr. Lucídio F. Xavier.
CRM 6831 - CE

SÃO BENEDITO - CE, 11/12/2015

E-mail: novamente@ol.com.br

Rua Aristides Barreto, 934/C
Fone: (088) 3626-2264 / 99961-3503
CEP: 64.370-000 - São Benedito-Ce



SÃO CAMILO

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

TIANGUÁ - CE
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3871.2100
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA DE OPERAÇÃO

Nº REG. 172148	
PERAÇÃO	ENF.
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
4º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
5º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
6º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
7º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
8º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
9º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
10º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
11º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
12º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
13º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
14º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
15º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
16º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
17º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
18º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
19º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
20º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
21º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
22º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
23º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
24º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
25º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
26º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
27º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
28º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
29º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
30º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
31º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
32º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
33º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
34º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
35º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
36º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
37º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
38º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
39º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
40º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
41º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
42º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
43º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
44º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
45º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
46º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
47º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
48º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
49º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
50º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
51º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
52º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
53º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
54º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
55º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
56º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
57º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
58º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
59º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
60º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
61º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
62º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
63º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
64º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
65º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
66º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
67º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
68º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
69º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
70º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
71º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
72º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
73º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
74º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
75º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
76º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
77º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
78º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
79º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
80º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
81º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
82º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
83º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
84º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
85º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
86º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
87º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
88º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
89º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
90º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
91º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
92º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
93º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
94º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
95º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
96º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
97º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
98º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
99º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA
100º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA

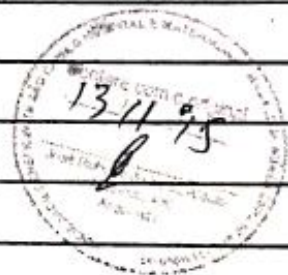
OPERAÇÃO

TICN PÓS-OPERATÓRIO

BO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

RADIOLOGICO NO ATO

TE DURANTE A OPERAÇÃO



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCEMAS

- ① pte em abd com regu
- ② preparo labial
- ③ incisão labial + drenagem
- ④ sut + fixa e placa e parafusos
- ⑤ sutur por placas
- ⑥ curativa

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16490

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Ronario Annyo da Silva
Sexo: M (☒) F (☐) DN: 02/04/93 Idade: 22 Raça/Cor:
Nome do Pai: Alberto Sebastião da Silva Nome da Mãe: Luiz Maria Hermínio Annyo
Estado Civil: solteiro Profissão: Microscopista
Município de Origem: (☒) Viçosa do Ceará (☐) Outro Município:
Endereço: St. Santa Amélia Telefone (☐)
Cartão do SUS: 20031224146000 RG: 2009096032556
Data do Atendimento: 31/08/19 Hora: 06:55 Recepção: claus

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: x mmHg
FR: irpm FC: bpm DX: mg/dL
Classificação da dor: (☐) Sem Dor (☐) Leve (☐) Moderada (☐) Intensa (☐) Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: (☐) Sim (☐) Não
Queixa Principal:

Há quanto tempo:
Procurou Atendimento na Atenção Básica: (☐) Sim (☐) Não Qual o PSE:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

- (☐) Acidente de Trânsito Data: / / / Hora: : : Alcoolizado: (☐) Sim (☐) Não (☐) Ignorado
(☐) Moto - Usando Capacete? (☐) Automóvel - Usando cinto de Segurança?
(☐) Atropelamento Local:
(☐) Acidente por arma branca (☐) acidente por arma de fogo (☐) acidente de trabalho (☐) Afogamento
(☐) Choque elétrico (☐) Queda. De onde?
(☐) Ingestão Acidental: (☐) Corpo Estranho (☐) Produtos químicos farmacêuticos
(☐) Queimaduras: (☐) 1º grau (☐) 2º grau (☐) 3º grau Por: (☐) Água (☐) Óleo (☐) Álcool (☐) Elétrico
(☐) Mordedura de Animais: (☐) Domésticos (☐) Selvagem
(☐) Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco: ☐

Data: / / /

Assinatura do Profissional:

Scanned by CamScanner

18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
Nº 010822735029
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2014

CRDD 01 324779259
TIANGUA - CE
FRANCISCO LUZIA NAZARE
TIANGUA - CE

03337445357
PLACA NWZ0850
CHASSI 9C2NC4310BR038451

PAR MOTOCICLO / NAO 3E 1C
CASOLINA

HONDA / CB 300R
2P / 0CV / 29 LGC
CATEGORIA PARTIC

1º 1º 1º
2º 2º 2º
3º 3º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

TIANGUA
LOCAL
28/07/2014

CENº 010822735029 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
03337445357
AS CONDIÇÕES DE SEUS DESEMPENHOS
www.dpvatsegurototal.com.br
SAC DPVAT 0800-122-1204

01 03337445357
DATA EMISSÃO 28/07/2014

324779259
HONDA / CB 300R

2011 09
9C2NC4310BR038451

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

LOTE / DPVAT
MOTOR: NC43E15US9493000001-04
www.seguradoralider.com.br

07-2013

FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Nome: Roberto A. da Silva Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 02/04/93 Ocupação: _____
 Unidade de Origem: _____ Distrito Sanitário: _____ Município: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Exame de controle de saúde
 Resultado do(s) Exame(s): _____

Condução já Realizada: _____
 Impressão Diagnóstica: Exame de controle de saúde
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: 347

Encaminhamento para Atendimento: Profilaxia
 Procedimento: _____
 Unidade de Referência: _____
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____
 Função: _____
 Data: 29/08/15 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____
 Função: _____
 Data: _____ Hora: _____
 Encaminhamento para Atendimento: Profilaxia
 Procedimento: _____
 Unidade de Referência: _____
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____
 Função: _____
 Data: _____ Hora: _____

Unidade de Referência: _____
 Município: _____
 Prontuário Nº: _____
 Data da Alta: _____
 Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____
 Diagnóstico: Principal _____
 Secundário 1 _____
 Secundário 2 _____
 CID: _____
 CID: _____
 CID: _____
 Proposta de Consulta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
 Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____
 Função: _____
 Data: _____

DE BENEFICENTE SAO CAMILO
C MATERHIDADE MADALENA NUNES

Atendimento - AMBULATORIO(BLOCO NOVO)

DADOS DO PACIENTE

Atendimento 0001	Nome do Paciente RONARIO ARAUJO DA SILVA	CNS 200612241480000	Guia de Autorização
Idade 3.715 413-95	Local VICOSA DO CEARA/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Idade 22 Anos	Mãe CRISTIANA HERMINIO ARAUJO	UF CE	Telefone 88 94290054
Nome do Pai ANTONIO AMARO, SR	Bairro Z. RURAL	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA
Nome do Filho JLTOR	Empresa	Cidade	UF CE
CPF do Responsável	Endereço SITIO SANTO AMARO, SN	Município VICOSA DO CEARA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Evento 015	Hora 08:58	Convênio SUS	Matrícula	CID
Nome do Atendimento DR. CONSERVA ARRUDA	CRM/UF 16409/SP	Tipo de Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA	Função do Profissional ALAIANE EARBOSA DA SILVA	
Data/Hora Liberação	Ass	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Altura (cm)	T (°C)	P (kg)	R (mmHg)	PA (mmHg)

do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Re - WZ

atende a consulta

4 : agindo com
bela bala

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409



aduna hipom 101u-01
aduna bupom 101u-02
aduna vesuza 101u-02

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RONARIO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1578 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 28/09/2015 09:31:45

Data / Hora da Ocorrência : 31/08/2015 11:00:00

Endereço da Ocorrência: SIT SANTO AMARO

ZONA RURAL, VICOSA DO CEARÁ / CE

Ponto de Referência:

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRÂNSITO, AO CONDUZIR O VEÍCULO DE MARCA/MODELO HONDA/CB 300R, ANO 2011, COR VERMELHA, PLACA NWZ 0850, CHASSI 9C2NC4310BR038451, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO LUZIA NAZARE, QUANDO O MESMO CHEGOU A CAIR AO CHÃO APÓS COLIDIR CONTRA UM CACHORRO QUE INVADIU A ESTRADA CARROÇAL, FICANDO COM LESÕES CORPORAIS, CONFORME O LAUDO MÉDICO EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT, QUE NADA MAIS DISSE, NEM LITE FOI PERGUNTADO, DANDO ESSE TERMO POR ENCERRADO.

Noticiante(s)

Nome : ROMARIO ARAUJO DA SILVA

Endereço : SIT SANTO AMARO

Bairro : SANTO AMARO

Município/UF : VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone: 8894290064

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DANILO DE ANDRADE SILVA FEITOSA - MAT.: 404724-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Romário Araújo da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

GILK DA SILVA SANTOS - MAT.: 198400-1-8

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE RÍO ARAUJO DA SILVA		Pais Nacionalidade Brasil		Prontuário/Atendimento 172145/0003	
Local VICOSA DO CEARA	Raça/Cor Branca	Etnia	Estado Civil Solteiro(a)	Religião CATÓLICA	Idade 22 Ano(s)
Data de Nascimento 14/13/95		Nº SN	Salário Z, RURAL	CNS 20.0512.241.4800-00	CEP 62300-000
Profissão AGRICULTOR		Empresa		Fone Empresa	
CPF do Responsável		Fone Responsável		Cônjugue	
Pai ALBERTO SABESTIAO DA SILVA		Mãe TERMINIO ARAUJO			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Quarto/Leto 109-0001	Aposento ENFERMARIA	Clinica 1 TRAUMA-ORTOPEDIA	Setor POSTO ENF 2
Matrícula	Autorização	Dias 0	Gula
CID Complementar S82.8 Fratura de outras partes da perna		CIR 16409	
Procedimento SUS		Sisprenatal	
Nome do Paciente RÍO ARAUJO DA SILVA		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Assinado _____, pessoa responsável pelo
AL MATERNIDADE MADALENA NUNES, que o assistirem, para fazerem investigações
rias ao diagnóstico para a execução e tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as
ses contidas no regulamento do estabelecimento. OBS: O Hospital só se responsabiliza por
e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



de setembro de 2015.

Carolina Ramos Carvalho Nunes
paciente
Impressão: CAROLINA RAMOS CARVALHO NUNES

Alberto Sabestiao da Silva
Assinatura do responsável

Dados Clínicos - Enfermagem

Idade: 172145

Nascimento: 02/04/1993

Sexo: 0003

Admissão: 04/09/2015

Plano: SUS

Diagnóstico: S82.8 Fratura de outras partes da perna S82.8 Fratura de outras partes da perna

Paciente: RONARIO ARAUJO DA SILVA

Nome da Mãe: CRISTIANA HERMINIO ARAUJO

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA

Setor: POSTO ENF 2

Idade: 22 Ano(s)

Quarto/Leito: 109/0001

CRM: 16409

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

RECEBEU ALTA HOSPITALAR APOS REAVALIAÇÃO MEDICA ORIENTADO CUIDADOS

Apurada
ÁVEL: TE: ANA PAULA NERES CUNHA PIMENTEL - COREN-CE 641147

05-09-15

0100h - Pac. bem. Sem queixas.

Recebeu alta hospitalar

at 01:00h de 05/09/15

[Assinatura]
Antônia Elisabete V. Távora
Enfermeira Obstetra
COREN-CE 52997



Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO + SÃO CAMILO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

14:43
Farmácia

NOME: Romário Augusto da Silva

PRONTUÁRIO: 172145

DATA: 1/1

LEITO:

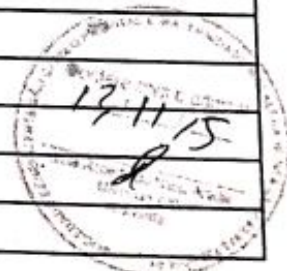
CONVÊNIO:

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1) Dietz 6ml	
2) capzdic 1g su q/bh	18 06 08
3) sf0,25 200ml su q/bh	506
4) Propomid 10mg sf0,25 100ml camp 5 ml Recondar 1ml su 12/12h	18 06
5) Aspirin 200mg + ASA 1/6h	18 06 08
6) Cimetidino 400mg	10/60
7) ccl66 + 5W.	

DR. DANILLO CORREIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15403



EVOLUÇÃO MÉDICA

Implants

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

3747

mento: Dr. Fernando Zola

Código:

Cód. Procedimento:

Cirurgia: 24/09/15 No. prontuário: 172145

Convênio: SCS

do: Dr. Danilo

Código:

() Reposição () Caixa Pronta

Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
<u>Os. parafusos</u>			
<u>placa 1/3 Curva</u>			
<u>05</u>			

Dr. Danilo Conserva Attalla
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM 15409

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical	Nº	16	20	18	14		
(3.5) mm	Qtd.	01	02	01	01		
	Cód.						
Parafuso Cortical	Nº						
() mm	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso	Nº						
4.0 mm	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso	Nº						
6.5 mm R/16 Curta	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso	Nº						
6.5 mm R/32 Longa	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar	Nº						
4.5 mm	Qtd.						
	Cód.						

Dr. Danilo Conserva Attalla
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM 15409

13/11/15

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F. para:

Cód. do consultor:

Total:

Cód. Instrumentador:

Assinatura do Circulante/Instrumentador: *Edilson***3.4 ANTES DE SAIR DA SALA CIRÚRGICA** (Equipe de Enfermagem)

	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
Registro completo (Gastos Cirúrgicos e registros das OPME).	☒			
Descrição Cirúrgica completa e assinada (02 vias).	☒			
Prescrição do pós-operatório e antimicrobiano.	☒			
Contagem correta de instrumentais, compressas, gazes e agulhas.	☒			
Amostra anatomopatológica identificada.		☒		27
Problemas com equipamento em cirurgia.		☒		W 16
Comunicar RPA sobre preocupações e possível complicações.	☒	☒		
Planos de cuidados p/ RPA.	☒			

Assinatura do Circulante/Instrumentador: *Edilson***4. SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA** (Equipe de Enfermagem)

DATA: <u>04/09/15</u> HORA: <u>12:20</u> hs	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
Identificação do paciente (confirmar o nome e checar no prontuário). Se menor de idade, desorientado, confirmar com o responsável.	☒			
Estado geral (sinais vitais estáveis).	☒			
Prontuário completo (Ficha de Internação e Alta, Prescrição Médica, Ficha anestésica, Antimicrobiana, Aprazamento, Evolução, Descrição de Cirurgia, Controle e registro dos materiais esterilizados e utilizados no trans-operatório, Anotações de Enfermagem e SAE).	☒			
Exames relacionados e protocolados	☒			
Amostra anatomopatológica identificada e protocolada.		☒		
Alta da SRPA prescrita.	☒			
Iniciar medicação conforme aprazamento.		☒		

Assinatura Enfermagem: *SARA CERRICA***5. UNIDADE DE DESTINO** (Equipe de Enfermagem)

DATA: ___/___/___ HORA: ___:___Hs	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
Identificação do paciente (confirmar o nome e checar no prontuário). Se menor de idade, desorientado, confirmar com o responsável.				
Identificação de Soro e Punção.				
Estado geral estável.				
Sinais Vitais.				
Curativo.				
Sondas?				
Drenos?				
Prontuário completo. (Ficha de Internação e Alta, Prescrição Médica, Evolução, Descrição de Cirurgia, Controle e registro dos materiais esterilizados e utilizados no trans-operatório, ficha anestésica, antimicrobiana, Anotações de Enfermagem e SAE)				
Exames relacionados protocolados.				
Recebimento da peça anatômica e protocolada				

Assinatura Enfermagem:

Realizado tricotomia				
Vestimenta adequada.		X		
Paciente foi orientado sobre o procedimento cirúrgico/anestésico	X			
Uso de medicamento controlado	X			
Comunicar cirurgião/anestesta qualquer alteração		X		

Assinatura do Responsável: *Sara Gênia*

2.1 VERIFICAÇÃO SEGURANÇA ANESTÉSICA (Anestesista)	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
Avaliação pré-anestésica		X		
Verificação de equipamentos (Carros de Anestesia, bomba de seringa e bomba de infusão)	X			
Monitor funcionantes (Multiparamétrico).	X			
SSV e peso	X			
Medicações necessárias ao procedimento	X			
Risco de perda sanguínea > 500ml / criança > 7ml/Kg		X		
Via área difícil/risco de aspiração.		X		
Acesso venoso adequado para reposição.	X			
Alergias		X		
Cirurgia anterior/intercorrências		X		
Medicamentos necessário ao procedimento		X		

Assinatura do Médico Anestesista:

Dr. Daniel Vieira Chaves
Médico
CREMECE 15.490

3. ANTES DO PREPARO DA SALA (Equipe de Enfermagem)	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
Checagem da sala cirúrgica materiais e equipamentos	X			
Checagem de medicamentos necessário ao funcionamento	X			
Limpeza adequada	X			

Assinatura do Responsável: *E. Oliveira*

3.1 ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA (Equipe de Enfermagem)	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
Apresentação dos membros da equipe verbalmente.	X			
Identificação do paciente (verbal e no prontuário).	X			
Confirmação do sítio cirúrgico.	X			
Nome do procedimento cirúrgico a ser realizado.	X			
Conferir instrumentais, compressas, gases e agulhas	X			

Assinatura do Circulante: *E. Oliveira*

3.2 REVISÃO DO CIRURGIÃO (Cirurgião)	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
Há passos críticos ou inesperados (possíveis perdas sanguíneas)				

Assinatura do Médico Cirurgião:

3.3 REVISÃO DO ANESTESISTA (Anestesista)	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
Há passos críticos ou inesperados (possíveis perdas sanguíneas)				

Assinatura do Médico Anestesista:

Dr. Daniel Vieira Chaves
Médico
CREMECE 15.490

3.2 REVISÃO EQUIPE DE ENFERMAGEM (Equipe de Enfermagem)	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
Profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos.	X			
Materiais e instrumentais disponíveis e dentro da validade.	X			
Exames necessário	X			
Indicadores e Integradores Adequados	X			

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

NOME: Ronário Araújo da Silva D. NASC: _____
PRONTUÁRIO: 172143 LEITO: _____ CIRURGIÃO: Dr. Danilo
CONVÊNIO: SUS SETOR: _____ CIRÚRGIA: Gen. Torquato
NOME DA MÃE: Cristiana Hermínio Araújo

ADMISSÃO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (Equipe de enfermagem)	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
DATA: <u>1/1/15</u> HORA: <u>10:00</u> Hs				
Identificação do paciente (confirmar o nome e checar no prontuário). Se menor de idade, desorientado, confirmar com o responsável.				
Confirmar o nome da cirurgia.				
Confirmar o nome do cirurgião.				Horas: _____
Confirmar jejum				
Administrar pré-anestésico e checar na prescrição médica.				
Prontuário Completo (Ficha de Internação e Alta, Prescrição Médica, Evolução, Descrição de Cirurgia e SAE)				
Termos de Amputação assinado pelo paciente.				
Termos de Consentimento (Cirúrgico e Anestésico) assinados pelo paciente.				
Exames relacionados.				
Retirada de adornos (pulseiras, brincos, próteses, esmaltes...).				
Puncionar AVP calibroso, evitar articulações, exceto fossa cubital (cateter Nº 18,). Nas videolaparoscopias AVP em MSE.				
Assinatura do Responsável:				

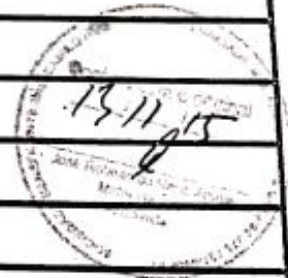
ADMISSÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO (Equipe de Enfermagem)	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÃO
DATA: <u>04/09/15</u> HORA: <u>10:00</u> Hs	<u>x</u>			
Identificação do paciente (confirmar o nome e checar no prontuário). Se menor de idade, desorientado, confirmar com o responsável.	<u>x</u>			
Confirmação do nome do Cirurgião.	<u>x</u>			
Confirmação da cirurgia proposta.	<u>x</u>			
Puncionar AVP calibroso, evitar articulações, exceto fossa cubital (cateter Nº 18,). Nas videolaparoscopias AVP em MSE.	<u>x</u>			
Demarcação de lateralidade (símbolos: alvo ou seta)		<u>x</u>		
Retirada de adornos (pulseiras, brincos, próteses, esmaltes...).	<u>x</u>			
Administrado pré-anestésico		<u>x</u>		
Termos de Consentimento (Cirúrgico e Anestésico) assinados pelo paciente.		<u>x</u>		
Outros termos relacionados à cirurgia proposta.		<u>x</u>		
Confirmação da reserva de sangue.		<u>x</u>		
Exames relacionados.	<u>x</u>			
Confirmar jejum	<u>x</u>			
Alergias		<u>x</u>		
SSVV e peso	<u>x</u>			<u>P=78kg</u>

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Assinatura legível e Nº COREN)

4-09-15 Paciente admitido para ser submetido
aos Procedimentos Cirúrgicos Finais de Tórax
mesmo nega ter tido antecedentes cirúrgicos
outras patologias. Refere não ter alergias
medicamentosas e segue aos cuidados

11/09/2015
COREN 478 337
Rafaela

4/09/15 PCT submetido a procedimentos na
utero de Tórax e Abdômen com 120 mmHg e
120 x 70 mmHg. Início: 10:45h SpO2 = 98%. P-85 bpm
11:10 h
Exames Externos: " "
Paciente admitido no setor de RPA às 11:28h
A 140 x 60 mmHg, T = 36°C, P = 98 bpm, SpO2: 98
quando recuperação, sem alterações no membro
ou coren 619.016





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

31

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Renício A Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/04/1993

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172145

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Eleonora Sebastião da Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rio Santo Amaro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Vicosa

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CIE 612300000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

queda em solo, dor lombar @
Dependência + edema enf.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hx corrigir

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Hx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hx lombar @

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0101801505H18

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

4/9/15

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)