

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Sinistro: 3180288297

Vítima: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Data do Acidente: 07/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SANDRO TOMAZ DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180288297** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Carta n°: 13181863

A/C: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Nº Sinistro: 3180288297
Vitima: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA
Data do Acidente: 07/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: SANDRO TOMAZ DE OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005876-9

Conta: 0000011512-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

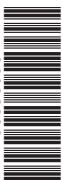
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Nº Sinistro: 3180288297

Vitima: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Data do Acidente: 07/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SANDRO TOMAZ DE OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180288297**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

876.654.764-59 JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF/titular da conta

Protocolo

JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA RUA BR-406

Número 1235

Complemento

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Bairro

JOÃO CAMARA

RN

Telefone (DDD)

Email

59.550.00
(83) 99151-3780

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

BANCO

Nome

BRADESCO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

5876

9

Informar dígito se existir

AGÊNCIA

Nº

DV

11512

6

Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO CAMARA 21 de JUNHO de 2

Local e Data

PROTÓCOLO
RECEBIDO

22 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CONCESSIONÁRIO DE SEGS

JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FIRST DATA DO BRASIL
NSU FDB-OR: 001131762101 HS: 2877405

Correspondente do Banco Bradesco

Ag. Relac.: 05876 - JOAO CAMARA
PACB : 060 - FRANKLIN MAGAZINE

Agencia : 05876-JOAO CAMARA
Conta : 0000000011512-6
Nome : JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO
VIEIRA
Data : 01/06/2018
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Física
Tipo Conta: Conta Corrente
Cesta de Serviços: CESTA EXPRESSO 4
R\$ 15,00

Adesao ao Programa de Benefícios: N

NSU BANCO: 029296946969
HORA : 15:59:37

Sujeito a Confirmação do Banco

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

PROTÓCOLO
RECEBIDO
22 JUN 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05876-9

CONTA: 000000011512-6

Nr. Autenticação

BRADESCO12072018050000000002370587600000011512253125 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180288297 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Descrição do exame PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS RESIDUAIS COM IMPORTANTE DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS
médico pericial: DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. APÓS 03 MESES DA FIXAÇÃO EVOLIU COM PROCESSO INFETADO SENDO RETIRADA A PLACA E OS PARAFUSOS. ALTA EM MARÇO DE 2018.
PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS RESIDUAIS COM IMPORTANTE EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.
A RADIOGRAFIA MOSTRA GONARTROSE GRAVE COM AFUNDAMENTO DO PLATO TIBIAL MEDIAL E LATERAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/07/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		146876	
DATA	HORA	CATEGORIA	
22/02/2017	16:41	GIH	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		09/08/1968	
ESTADO CIVIL		PROFISSAO	
CASADO		PESCADOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA 21 DE ABRIL 3350			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
JOAO CAMARA	CENTRO	RN	59000-000
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO			
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA		TELEFONE	
RESPONSÁVEL		99214-7099	
EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO			
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO	<i>Serret feito</i>		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSÃO

30.02.17

ALTA

18.03.17

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Edimar M. Dantas
Ortopedia - Traumatologia
CRM 842

CONFÉRENCIA ORIGINAL
SANTOS 2017

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

JOSE DE ANCHIETA OTAVIA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PROTOCOLO
JOSE DE ANCHIETA OTAVIA	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
160 6095 2691 0006 09/08/68	4/2					

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
MARIA COSTA LIMA	9.9432.5314

12 - ENDEREÇO (RUA, N°)	13 - NÚMERO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
R. 21 DE ABRIL 3350		CENTRO		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
	DOENÇA DE JOSE

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
	FRATURA JOSE			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
FRATURA JOSE	030 8010010			Ortopedia e Traumatologia
				CRM 3472

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			42 - DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
/ /	/ /	/ /	/ /					

Nome do paciente		Nº prontuário
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO Enf.		Leito
Operador	1º auxiliar	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Tipo de anestesia	
MICHEL	RICARDO EMANUEL	
Diagnóstico pré-operatório		
TRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO + AVULSAO DE TENDÃO PATELAR		
Relatório imediato do patologista		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO + RECONSTRUÇÃO DO		
Exame radiológico no ato		
APARELHO EXTENSOR DO JOELHO DIREITO		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO MI + GARROTEAMENTO
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
4. CAMPOS ESTÉREIS
5. INCISÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS EM PLATO TIBIAL LATERAL DE JOELHO DIREITO
6. REDUÇÃO DA FRATURA E ESTABILIZAÇÃO COM FIOS DE K
7. PLACA 4,5 EM 1,4,5MM + PARAFUSOS
8. RETINACULOTOMIA, FIXAÇÃO DO TENDÃO PATELAR, AMARRIA DE SEGURANÇA COM FIO DE CERCLAGEM
9. UTILIZAÇÃO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
10. HEMOSTASIA RIGOROSA
11. LAVAGEM E SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. SOLTURA DO GARROTE
14. TALA COXO-SURAL
15. BOA PERFUSÃO DISTAL

CIRURGIAS MULTIPLAS
 (0415040012)

POLTRAUMATIZADO
 (0415030013)

PROC. CLÍNICO

(X) PROC. CIRÚRGICO

0408050501

() CBO. 225225

() CBO. 225270

() DIAS

() CID 582-1

Dr. Michel Freire de Araújo
 Ortopedista e Traumatologista
 Crisepés Ortopédica
 Maceió - AL

Nome do paciente			Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito	
Operador		1º auxiliar	
2º auxiliar	3º auxiliar		
Anestesista	Fona Rep Clm 4281 Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

CONFIRMO
CONFERENCIAL
06/06/2010

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: José de Anchieta Mariane Idade: 48 D/N: 03/08/1968
 Pront.: 146.836 Município: São Caetano Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 08/03/17 Hora Admissão: Bloco: 08:40 Sala: 08:40 Hora Saída: 11:30 Peso: 94 Kg
 Alergias: () Não () Sim Nega Comorbidades: () HAS () DM () Outras Nega
 Uso de medicações: () Não () Sim Nega Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulsos: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
 Enfermeiro(a): Luciane Instrumentado (a): Glórias Circulante: Augusta

Cirurgia: Tumor Cervical Plastico Especialidade: ORT Sala: 03
 Hora Início: 09:00 Hora Término: 11:05 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpia () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: MICHEL Residente:
 Aux.: RICARDO

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio Raquidiana Ag. n° 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. n° Cateter n°: Início: 08:45 Garrota: Smarch () Pneumático Início: 08:50 Término: 11:05
 Anestesiologista: Dr. () FONTO

NEUROMUSCULAR

Consciente
 Letárgico
 Coma
 Orientado
 Desorientado
 Sedado
 Ansioso
 Deambula
 t/dificuldade
 Acamado
 Paraplégico
 Tetraplégico
 Amputações

PELE/HIGIENE
 Normocorada
 Hipocorada
 Cianótica
 Ictérica
 Desidratada
 Integra
 C/lesões
 Sudorese
 Cicatriz cirúrgica
 Higiene Satisfatória
 Higiene deficiente
 Manchas
 S/Tricotomia

CARDIOVASCULAR/
 RESPIRATÓRIO
 Normotensão
 Hipotensão
 Hipertensão
 Normocárdico
 Bradicardia
 Taquicardia
 Choque
 Normoesfigmico
 Eupnéia
 Dispnéia
 Dispositivo O₂

DISPOSITIVOS
 Jelco
 Acesso V. Central
 Cat. Diálise
 Fístula
 Arteriovenosa
 SNG
 SVD
 Colostomia
 Cistostomia
 Dreno:
 Aparelho gessado
 Tração
 Talas

MONITORIZAÇÃO
 ECG
 Oxímetria
 Capnógrafo
 PA
 Estimul. Nervo
 Dífrusor
 BIC
 Desfibrilador

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	62	59	63	Bpm
Pulso	62	59	63	Bpm
Oximetria	96	97	98	%
Capnografia	=	=	=	%
PA	186/91	165/104	172/89	mmHg

ACESSO VENOSO

Puncão Arterial
 Puncão Venosa Periférica
 Puncão Venosa Central
 Dissecção venosa
 Local:
 Cateter:
 CONFERE COM ORIGINAL

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

() Sim () Não () Metal () Descartável
 Local: Dorsal
 DEGERMAÇÃO TRICOTOMIA
 () Sim () Não () Sim () Não
 Local: MID Solução: () Local: MID

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:
 Tela:
 Cateter:
 Ostomia:
 Fio de KC:
 Placa - Tipo:
 Outros:

Of 50 CECUT
 Of 100 CCA
 Parafuso - tipo: CONTEC
 L'ESQ SEVERI 3/5

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
 Caixa cirúrgica: 61/1 RASSI Quant. Material: 7
 Val.: 13/03/17 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

EXAMES SOLICITADOS:	
() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outros
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria:
() Radioscopia (Raio X)	



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA	HORA	146876
31/05/2017	10:25	GIH
PACIENTE	CATEGORIA	
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
SOLTEIRO	PESCADOR	
ENDERECO (RUA, Nº)		
RUA 21 DE ABRIL 3350		
MUNICÍPIO	BARRA	UF
JOAO CAMARA	CENTRO	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59550-000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA	N DECLARADO	
RESPONSÁVEL		
ENDERECO		TELEFONE
		99214-7099
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

23/08/17

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

CONFERE COM ORIGINAIS

Ugalha
Servidor

152396-7

EXAMES COMPLEMENTARES*Ass. do Responsável***ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

*00-06**00***CONDUTA**

- Dmicoa 4055 6/06/00
- Ribeirão 50 00
- Farol 10.8 00 12/17/00

*Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>00/00/00</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____		
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

SUS: 160 6095 2691 0026 Ref. 99314 7099



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 53

Mde - Benedicto Oliveira Vieira

NOME:

IDADE:

09/08/1968

COR:

SEXO:

Udesc

ESTADO CIVIL:

Solteiro

NATURALIDADE:

ENDEREÇO:

CIDADE:

PROFISSÃO:

Rua. 31 de Agosto 3350

Fortaleza RN

PROCEDÊNCIA:

Centro

BAIRRO:

Centro

HORA:

09/10/65

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM

REGULAR

COM DISPNEIA

CHOCADO

COMATOSO

C/ HEMORRAGIA

EM CONVULSÃO

POLITRAUMATIZADO

AGITADO

OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM

NÃO

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALÉGADA)

Alumínio
Início
máscara

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

otomobilismo - 100x - 100x - 100x



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: José de Andrade Otávio Idade: 48a D/N: 09/08/68
 Pront. 146876 Município: Caicó Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 04/08/17 Hora Admissão: Bloco: 1 Sala: 1 Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não Sim Comorbidades: HAS DM Outras
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulo: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
 Enfermeiro(s): Flávio Instrumentado (a): Saponaro Circulante: Greco + Reis
 Cirurgia: Debridamento cirúrgico bello Especialidade: Ortopedias Sala: 23
 Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:35 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Flávio Aux.: Residente:
 Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio: Raquidiana Ag.nº 25 Peridural: c/cateter s/cateter
 Ag.nº Cateter nº: Início: Garrotas: Smarch Pneumático Início: Término:
 Anestesiologista: Waldemar

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Dífrusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	74	77	76	Bpm
Pulso	74	77	76	Bpm
Oximetria	100	96	97	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	16x101	146x89	152x100	mmHg

ACESSO VENOSO

<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Arterial	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica	
<input type="checkbox"/> Puncão Venosa Central	
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	

Local: MSE

Cateter: Teleo 18

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> TÓRAX	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> LOMBAR	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

() Sim Não () Metal () Descartável

Local:

DEGERMAÇÃO

Sim () Não

TRICOTOMIA

() Sim () Não

Local: MID

Solução: Cloroxidina

Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Placa -- Tipo:

Outros:

COQUEIRA COM ORIGINAIS

10/08/17

Parafuso (tipo)

323961

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: Basico Quant. Material: _____
 Val.: Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <u>José Antônio Oliveira</u>		Idade	Sexo	Cor
Data <u>4/06/17</u>	Pressão arterial <u>100/70</u>	P脉 <u>90</u>	Respiração <u>12</u>	Temperatura <u>36,5</u>
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
	Urina			Uréia
Ap. respiratório <u>NIVUS/40cm bteles</u>		Asma		
Ap. circulatório <u>RCG/70mmHg</u>		Eletrocardiograma <u>Amarelo</u>		
Ap. digestivo <u>Regurgit. 4/2</u>		Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental <u>Alerta</u>		Ataracicos	Corticoides	Alergia <u>Nega</u>
Diagnóstico pré-operatório		Hipotensores		
Anestesias anteriores		Estado físico <u>ASA II / inted.</u>		
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos				
Líquidos				
Oper.				
Anest.				
O/Resp.				
P Pulso				
SÍMBOLOS				
E				
INOTACÕES		<u>Preparo da coluna + punção lomb.</u> , <u>medidas 4-5, 25cm de</u> <u>manobra punção 157 + 20 neg FST</u> , <u>sem intencionalidades</u>		
POSIÇÃO		<u>Op / bteles</u>		
Agentes		<u>Macacuva jasoda 5x 15 + 20 neg FST</u>		
Técnica		<u>subapendicular, um de um intencional</u>		
Operação		<u>Linfática/lesão vascular Clínico</u>		
Cirurgiões		<u>Dr. Wagner/Dr. Vaneu Clínico</u>		
Anestesiistas		<u>Dr. Wagner/Dr. Vaneu Clínico</u>		
Observações		<u>com origem</u> <u>WPF</u> <u>Senior</u> <u>11/06/17</u>		
notar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				
Perda Sanguínea				

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: ROSE DI ANGELA EXPUNAX Idade: 48 D/N: 07/09/68
 Pront: 142816 Municipio: JOAQUIM Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 23/09/11 Hora Admissão: Bloco: 10 Sala: 10 Hora Saída: 21:00 Peso: _____
 Alergias: Não Sim Comorbidades: H.S. DM Outras
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulo: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Luciana Instrumentado (a): 10/09/11 Circulante: Alberto
 Cirurgia: Linfadenectomia Especialidade: CNT Sala: 03
 Hora Início: Hora Término: Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Michel Aux.: IRM Residente: _____

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag.º 2F Peridural c/cateter s/cateter
 Ag.º Cateter nº: Início: 19:15 Garrote: 15march Pneumático Início: 10:40 Término: 21:00
 Anestesiologista: RODRIGO

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	Normocorada	Normotenso	Jejico	ECG
<input type="checkbox"/>	Letárgico	Hipocorada	Hipotensão	Acesso V. Central	Oximetria
<input type="checkbox"/>	Coma	Cianótica	Hipertensão	Cat. Diálise	Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	Ictérica	Normocárdico	Fístula	PA
<input type="checkbox"/>	Desorientado	Desidratada	Bradicardia	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/>	Sedado	Integra	Taquicardia	SNG	Dífrifusor
<input type="checkbox"/>	Ansioso	C/lesões	Choque	SVD	BIC
<input type="checkbox"/>	Deambula	Sudorese	Normoesfígmeno	Colostomia	Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	t/dificuldade	Cicatriz cirúrgica	Eupnéia	Cistostomia	
<input type="checkbox"/>	Acamado	Higiene Satisfatória	Dispneia	Dreno:	
<input type="checkbox"/>	Paraplégico	Higiene deficiente	Dispositivo O ₂	Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/>	Tetraplégico	Manchas		Tração	
<input type="checkbox"/>	Amputações	S/Tricotomia		Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim/	Unid.
FC		X6	X6	Bpm
Pulso		80	80	Bpm
Oximetria	08:15	10:15	09:15	%
Capnografia				%
PA				mmHg

ACESSO VENOSO

Punção Arterial
Punção Venosa Periférica
Punção Venosa Central
Dissecção venosa

Local:
Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº	CATETERISMO VESICAL
SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
Lateral	TÓRAX	Fletidos
Litotômica	LOMBAR	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal
<input type="checkbox"/> Descartável		
Local:		
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não
Local:		Local:
	Solução:	

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		
Placa - Tipo:		
Outros:		
	CONFERE COM ORIGINAL	
	<i>WYETH</i>	
		152396-3

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	<i>BATIMA</i>	Quant. Material:
Val.:	<i>78/10/11</i>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Nome do paciente			
Data operação	JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO	Ent.	23/06/17
Operador	DR. MICHEL	DR. URAI	Leito
2º auxiliar		1º auxiliar	
Anestesista	3º auxiliar		Instrumentador
Diagnóstico pré-operatório	Tipo de anestesia		
INFECÇÃO DO JOELHO DIR			
LIMPEZA CIRÚRGICA + RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTSE			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

Leonardo de S. Barros
Médico Anestesiologista
CRM/RN 4281

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3. CAMPOS ESTÉREIS

4. DESBRIDAMENTO + LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%

5. RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTSE

→ **6. COLHIDO MATERIAL PARA CULTURA E ANTIBIOGRAMA**

7. SUTURA

8. CURATIVO

9. BOA PERFUSÃO DISTAL CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

0615040035

3

289



Hospital

Nome do paciente

José de Acosta Otavalo

Nº prontuário

Data operation

030817 / Enf. *WILSON ROBREGA*

Enf.

Leito

Operador

2º auxiliar

• auxiliar

2^o auxilia

3º auxiliar

1886

Instrumentos

Biostatistics and operational

Concurrence en deux voies

Tipo de operação

170 ~~REMOVED~~ can PATENCE TOLIA
6 DIRECTOR

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - etc.
Presente sob rotina, lissoplástica, cirurgia de emergência, ressecção de tumores, etc. necessária para realização de procedimentos de ressecção, abertura de fistula, etc. e drenagem de coagulados. O dreno deve ser feito com curvatura contínua e com fio de crepon.

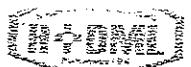
Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologista
Paito em Traumatologia
CRM 2106 - TEOT 5981
GPE: 188.304.804-44

~~CONFIDENTIAL~~

Seniors

8 PROG. CIR. 100
8408060537

1002

HOSPI
SER

EVOLUÇÃO

() Hemoconcentrado _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.

() Pls
() Exp:

h:
h:
h:

DRENO / DRAIN / DRENAGE

DRENO POS - OPER. DRENOL 3,2MM / POS OP DRAIN 3,2 MM

DRENO POS OPERAT 3,2 MM
COMPOSIÇÃO / COMPOSITION / COMPOSICIÓN:
POLIETILENO / POLYETHYLENE / POLIETILENOCÓDIGO / CODE / CÓDIGO
40000001325REGISTRO ANVISA / ANVISA REGISTRATION / REGISTRO DE ANVISA
10223680002

QUANTIDADE / QUANTITY / CANTIDAD 01 CLASSE / CLASS / CLASE II LOTE / LOT / LOTE 04032/18

Instruções para o uso do produto, advertências, precauções, condições especiais de armazenamento, conservação, manipulação e reclamações: Ver instruções de uso. Instructions for use, warnings, precautions, storage, preservation and complaints: See instructions for use. Instrucciones para uso del producto, advertencias, precauciones, condiciones especiales de almacenaje, conservación, manipulación y quejas: Ver instrucciones de uso.

Não usar os produtos se a embalagem estiver danificada. / Do not use if the package is damaged. / No usar el producto si el empaque estuviera dañado.

h: h: h: h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: 1000 ml

ANÁTOMO PATOLÓGICO

Não () Sim Peça:
Swab para cultura:

Peça para sepultamento: Não () Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Intervenção bem intercessores*Ass: *J. L. L. L.* Coren: *21770*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O_2 ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: *200ml de sangue de escroto*

Diurese: () Espontânea () Normal () Nematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: () C.R.O.

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: *16:30* Data: *03/08/17* Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado() Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O_2 () Ambiente

Mobilização MMH: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade

Venoclise: () Não () Sim Tipo: *MS* Local: *MS* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical

Drenos: () Sução () Torácico () Penrose () Kher Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____

Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos

Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relate: _____

SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	7	58	100x7	20	93	0
30'	7	57	/	19	100	0
60'	7	67	/	20	100	0
Alta	7	65	100x8	20	98	0

Soro glicosado: _____ ml *CONFERE COM ORIGEM*Soro Fisiológico: _____ ml *Wygat*Ringer: _____ ml *Servidor*Irrigação vesical contínua: _____ *1500 ml*

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

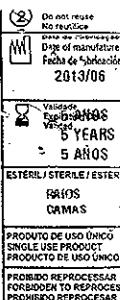
Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado				
URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

17:20 - pt encomendações pt seu voto re NUP - procedida

Ass: _____ Coren: _____



NAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

— Rx gálico a Rx

— Leve tutto



Manoel Correia Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM/RN 849

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____/_____/_____ HORA _____
HORA _____ HS	<i>Manoel Correia Neto</i>	<i>Nicola</i>
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	HORA _____
DATA _____/_____/_____ ÓBITO _____/_____/_____ ENTREGUE	<i>NIR / HCD</i>	HORA _____
À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	<i>AUTORIZADO</i>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
<i>Manoel Correia Neto Ortopedia - Traumatologia CRM/RN 849 Carimbo</i>		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

(Hemoconcentrado _____ Unid. (Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.)
() Álbumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: _____

ANÁTOMO PATOLÓGICO

(<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim Peça:	Peça para sepultamento: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim
Swab para cultura:	Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: _____ Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____

Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: SRPA

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 15:35 Data: 04/06/17 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado

() Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente

Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade

Venóclise: () Não () Sim Tipo: HU Local: MS Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical

Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:

Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos

Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	-	79	14x7	20	100	0
30'	-	78	16x9	19	100	0
60'	-	79	16x8	20	100	0
Alta	-	76	16x8	19	100	0

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: 500 ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

CONFERE COM ORIGEM
URPA
Ass: _____
Coren: _____

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gástr.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

Evolução de Enfermagem/INTERCORRÊNCIAS:

16:10 pt encominhado p/ seu leito consciente orientado
o ombro na HUP Ansiedade

Ass: _____

Coren: _____

Nome do paciente

JOSÉ DE ALMEIDA SOUZA

Enf.

Leito

Data operação

05/07/1991

1º auxiliar

Operador

JESSE

Instrumentador

2º auxiliar

RODRIGO

3º auxiliar

Anestesista

RODRIGO

Tipo de anestesia

Roquinha + Adrenalina

Diagnóstico pré-operatório

Ortezado do braço direito e dor no ombro

Hora de operação

12:30 PM - 14:00

Diagnóstico pós-operatório

Ortezado

Relatório imediato do patologista

—

Exame radiológico no ato

—

Acidente durante a operação

—

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

- 1) Incisão em X no braço direito sob anestesia
- 2) Expondo o osso
- 3) Passagem de enzimas
- 4) Retirada do fio de encerado exposto e fixado operador e pinzado
- 5) Drenamento (exposto em seguida de braço - braquiorradial)
- 6) Sutura fechada em 3 fios
- 7) Curativo

Jesse de Moura L. Neto
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM - 6718

CONFERE COM ORIGINAL

Wqu

Servidor

15239

8415040035

3

109

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico



Hemoconcentrado	Unid.	(<input checked="" type="checkbox"/>) Plasma	Unid.	(<input checked="" type="checkbox"/>) Plaquetas	Unid.
Álbumina	Unid.	(<input type="checkbox"/>) Expansor plasmático	Unid.		
MEDICAÇÕES UTILIZADAS					
h:		h:		h:	
h:		h:		h:	
h:		h:		h:	
HIDRATAÇÃO VENOSA					
Soro Fisiológico:	250 ml	(<input type="checkbox"/>) Soro Ringer Simples:	ml	Quantidade total de volume administrado:	
Soro Glicosado:	ml	(<input type="checkbox"/>) Soro Ringer Lactato:	ml		
ANÁTOMO PATOLÓGICO					
(<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	Peça para sepultamento:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim			
Swab para cultura:	Líquido:				
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES					
FO de aspecto: (<input type="checkbox"/>) limpo (<input type="checkbox"/>) c/exsudato (<input type="checkbox"/>) Contaminada (<input type="checkbox"/>) Aparelho gessado (<input type="checkbox"/>) Bandagens (<input type="checkbox"/>) Talas (<input type="checkbox"/>) Outros:					
INTERCORRÊNCIAS: <i>REACAB CUMPERA OS CICLOS AIA</i>					

Ass: *ABG52* Coren: *27724*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO					
Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Conficiente (<input type="checkbox"/>) Inconsciente (<input type="checkbox"/>) Narcose (<input type="checkbox"/>) Coma (<input type="checkbox"/>) Vigil (<input type="checkbox"/>) Agitado					
Respiratório: (<input type="checkbox"/>) Intubado (<input type="checkbox"/>) Extubado (<input type="checkbox"/>) Cânula de Guedel CO_2 ambiente Curativo: (<input type="checkbox"/>) Oclusivo (<input type="checkbox"/>) Compressivo (<input type="checkbox"/>) Boia de colostomia (<input type="checkbox"/>) Outro:					
Diurese: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Hematúria (<input type="checkbox"/>) Irrigação Vesical (<input type="checkbox"/>) Oligúrico Destino após a cirurgia: <i>CR</i>					
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO					
Hora: <i>21:05</i>	Data: <i>23/06/16</i>	Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acordado (<input type="checkbox"/>) Sonolento (<input type="checkbox"/>) Narcose (<input type="checkbox"/>) Orientado (<input type="checkbox"/>) Desorientado (<input type="checkbox"/>) Agitado (<input type="checkbox"/>) Choroso Vias aéreas: (<input type="checkbox"/>) Intubado (<input type="checkbox"/>) Extubado (<input type="checkbox"/>) Cânula de Guedel (<input type="checkbox"/>) Cateter O_2 (O_2 Ambiente Mobilização MMII: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Diminuída (<input type="checkbox"/>) Sem mobilidade Mobilização MMSS: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Diminuída (<input type="checkbox"/>) Sem mobilidade Venoclise: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim Tipo: <i>Penrose</i> Local: <i>torácico</i> Sondas: (<input type="checkbox"/>) Gástrica (<input type="checkbox"/>) Enteral (<input type="checkbox"/>) Vesical Drenos: (<input type="checkbox"/>) Succão (<input type="checkbox"/>) Torácico (<input type="checkbox"/>) Penrose (<input type="checkbox"/>) Kher Ostomias: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Especifique: Irrigação vesical contínua: (<input type="checkbox"/>) Retorno satisfatório (<input type="checkbox"/>) Retorno insuficiente (<input type="checkbox"/>) Coágulos Curativo: (<input type="checkbox"/>) Oclusivo (<input type="checkbox"/>) Descoberto (<input type="checkbox"/>) Limpo (<input type="checkbox"/>) Suio Monitorização: (<input type="checkbox"/>) ECG (ECG) (Oxímetro (PA)) Alteração PA: (<input type="checkbox"/>) Alteração FC: INTERCORRÊNCIAS NA URPA: (<input type="checkbox"/>) Náuseas (<input type="checkbox"/>) Vômitos (<input type="checkbox"/>) Sangramento (<input type="checkbox"/>) Dor (<input type="checkbox"/>) Bexigoma (<input type="checkbox"/>) Alteração PA: (<input type="checkbox"/>) Alteração FC: CONFERE COM ORIGEM: <i>CGW</i> Servidor: <i>1523967</i>			

SINAIS VITais					
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat% Dor
Admissão	<i>36</i>	<i>60</i>	<i>110/70</i>	<i>12</i>	<i>97</i>
30'	<i>36</i>	<i>70</i>	<i>110/70</i>	<i>12</i>	<i>97</i>
60'	<i>36.2</i>	<i>70</i>	<i>110/70</i>	<i>12</i>	<i>98</i>
Alta	<i>36.2</i>	<i>70</i>	<i>110/70</i>	<i>12</i>	<i>98</i>

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:		Diurese	Retorno Gast.	Drenagem	Retorno da irrigação
Recebido da SO					
Desprezado					
URPA					

Evolução de Enfermagem/Intercorrências:

Ass: *CGW* Coren: *27724*



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João de Anchieta Otaviano Idade: 49 D/N: 09/08/1988
 Pront.: 146876 Município: São Lourenço Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 03/08/2017 Hora Admissão: Bloco: 1 Sala: 1 Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não Sim Opiáceas Comorbidades: HAS DM Outras
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSV/Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
 Enfermeiro(a): Flávia Instrumentado(a): Sim Circulante: 1000 ml/h + 1000 ml/h
 Cirurgia: Liquinílico de fistulotomia e enxerto Especialidade: Ortopédica Sala: 01
 Hora Início: 15:40 Hora Término: 17:25 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Flávia Aux.: Flávia Residente:
 Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag.º 27 Peridural c/cateter s/cateter
 Ag.º Cateter nº: Início: 15:35 Garrote: Smarch Pneumático Início: Término:
 Anestesiologista: Dr. Delfo

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	69	71	71	Bpm
Pulso	70	23	20	Bpm
Oximetria	96	92	97	%
Capnografia				%
PA	110/78	110/77	111/77	mmHg

ACESSO VENOSO

<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central	
<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa	

Total: 1

Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA

<input type="checkbox"/> SNG nº	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL

<input type="checkbox"/> SVF nº	<input type="checkbox"/> SVA nº
Ditúse:	

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	TÓRAX	Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	Lombar	MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		
<input type="checkbox"/> Canivete		Anatômicos
<input type="checkbox"/> Proclive		Abduzidos
		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim Não Metal Descartável

Local: Próx.

DEGERMAÇÃO

Sim Não

Local: H2O

TRICOTOMIA

Sim Não

Solução: Álcool 70% Local: Próx.

IMPLANTE CIRÚRGICO CONFERE COM ORIGINAL

Drenos: ANIMAL = 01

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Parafuso - tipo:

Placa - tipo:

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 36/100 Quant. Materiais: 00

Val.: 19108600 Contagem de gaze e compressa: 0000

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	HDM					Enfermada	Isito	Nº prontuário
Nome	JOSE DE Anestesia OTAVIUS					Idade	Sexo	Cor
Data	13/07/17	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Ureia			
	Urina							
Ap. respiratório	NNN					Asma	NEGA	Bronquite
Ap. circulatório	PDP					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo	NPN		Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental	ESTADO		Ataracicos	Corticoides	Alergia	NEGA	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores								
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos	O							
Líquidos								
Oper.	260							
250	240							
230	220							
210	200							
190	180							
170	160							
150	140							
130	120							
110	100							
90	80							
70	60							
50	40							
30	20							
10								
<input checked="" type="checkbox"/> Anest.	<input checked="" type="checkbox"/> O Rasp:							
<input checked="" type="checkbox"/> P Pulso								
SÍMBOLOS								
ANOTAÇÕES	POSIÇÃO: DOL AGENTES: DOPANTINA PEQUENA - 200Mg, MELFINTA - 0,2Mg, CLORALUQUINA - 10 TÉCNICA: ALVANESTESIA + SEDACAO OPERAÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA CIRURGIÕES: DE MANICAS LAR CIRURGICO MACHO ANESTESISTAS: DRC ANTON OBSERVAÇÕES: Dr. Walter F. Matos Anestesiologista CRM/RN 542 CRM/SP 100							
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias								
Perda sanguínea								