

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 nº: 13181863

A/C: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Nº Sinistro: 3180288297
Vítima: 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

Carta nº 13009262



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: 876.654.764-49 Nome completo da vítima: JOSE DE ANCHIETA JOAVIANO VIEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: JOSE DE ANCHIETA JOAVIANO VIEIRA CPF (titular da conta): 876.654.764-49 Profissão: TEC USO
Endereço: RUA BR-406 Número: 1325 Complemento: _____
Bairro: CENTRO Cidade: JOAO CAMARA Estado: RN CEP: 59.550-00
Email: _____ Telefone (DDD): (84) 99151-3780

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECURSO 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO nome: BRADESCO IBR: 237
AGÊNCIA NFO: 5876 DIV: 9 CONTA NFO: 11512 DIV: 6
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

JOAO CAMARA 21 de JUNHO de 2018
Local e Data

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

Jose de Anchieta Joaviano Vieira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

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

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. APÓS 03 MESES DA FIXAÇÃO EVOLUIU COM PROCESSO INFECCIOSO 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:



PROTÓCOLO RECEBIDO
22 JUN 2018
Sistema de Informação de Saúde
Ministério da Saúde
TERRA DO SOL ADM
UNIDADE DE REGISTRO DE SEGS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOS
DE INTERNAÇÃO HOS
Identificação do Estabelecimento de Saúde

FALTA SOLICITAR EXAMES LABORATORIAIS
ECC

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO

146876

7- CARTAO NACIONAL/SUS

160 6095 2691 0006

8- DATA DE NASCIMENTO

09/08/1968

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MAE

BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

99214-7099

13- NOME DO RESPONSÁVEL

EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA 21 DE ABRIL 3350

16- MUNICÍPIO

JOAO CAMARA

17- BAIRRO

CENTRO

18- UF

RN

19- CEP

59000-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

de ferimento por arma de fogo
do fêmur esquerdo por acidente
com motocicleta

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

ECG AS AX

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura fechada de fêmur esquerdo por arma de fogo

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

reparo cirúrgico

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr Edimar M Dantas

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

() CNS () CPF

CRM 942

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

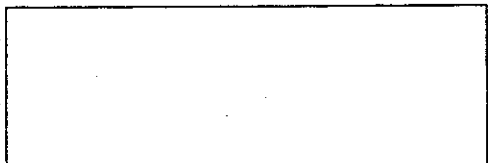
48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

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

DATA DE ADMISSAO *22.02.17* ALTA *16.03.17* OBITO

HISTORIA CLINICA
Dr. Edimar M. Dantas
Ortopedia - Traumatologia
CRM 942

CONFERE COM ORIGINAL
[Handwritten Signature]



GOVERNO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE JOSE DE ANCHIETA OTAVIA			
6 - Nº DO PROTOCOLO 916			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 160609526910008	8 - DATA DE NASCIMENTO 09/08/68	9 - SEXO MASCULINO	FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA COSTA LIMA		11 - TELEFONE DE CONTATO 9.9432.5314	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. 21 DE ABRIL 3350		9.9214 7099	
13 - MUNICÍPIO JOÃO CÂMARA	14 - BAIRRO CENTRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor no JOELHO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO FRAT. TAT (DESINCRUSTADO) TATELHA D O PLANO CLÍNICO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rx e TOPOGRA			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA JOELHO	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO FRATURA ELIMINADA	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0304010019	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE MARCOS M. STRAINZ Ortopedia e Traumatologia CRM 24.42
29 - DT SOLICITAÇÃO				30 - CNS / CPF
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

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

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



Hospital

Nome do paciente

Nº prontuário

Data operação

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

ESNA 200 CLM 4284

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

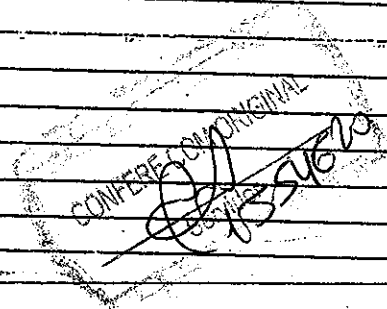
Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

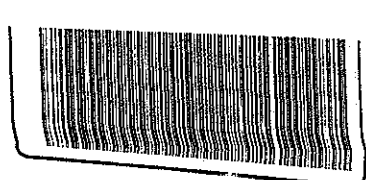
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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





SERVICO DE ENFERMAGEM



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: José de Anchieta Itarame Idade: 48 D/N: 07/08/1968
 Pront.: 146.876 Município: Joaquim Câmara Procedência: Interno () Externo
 Data da cirurgia: 08/03/17 Hora Admissão: Bloco: 08:40 Sala: 08:40 Hora Saída: 11:30 Peso: 94kg
 Alergias: Não () Sim Nega Comorbidades: () HAS () DM () Outras Nega
 Uso de medicações: Não () Sim Nega Jejum: () Não Sim
 SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Rudiane Instrumentado (a): Cláudia Circulante: Augusta

Cirurgia: TU Cirurgias Plásticas Especialidade: ORT Sala: 03
 Hora Início: 09:00 Hora Término: 11:05 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: MICHEL Aux.: RICARDO Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. nº _____ Cateter nº: _____ Início: 08:45 Garrota: Smarch () Pneumático Início: 09:50 Término: 11:05
 Anestesiologista: Dr. Leonardo

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>62</u>	<u>59</u>	<u>63</u>	Bpm
Pulso	<u>62</u>	<u>59</u>	<u>63</u>	Bpm
Oximetria	<u>96.1</u>	<u>97</u>	<u>98.6</u>	%
Capnografia	<u>=</u>	<u>=</u>	<u>=</u>	%
PA	<u>186/91</u>	<u>165/101</u>	<u>122/89</u>	mmHg

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

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável	
Local: <u>DORSAL</u>	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>MD</u> Solução: <u>UNOX</u>	Local: <u>MD</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº _____
CATETERISMO VESICAL
SVF nº _____ SVA nº _____

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: _____
Tela: _____
Cateter: <u>04 FIO CECUBRU</u>
Ostomia: <u>01 MROCU</u>
Fio de KC: <u>01 Parafuso - tipo: CONTRA</u>
Placa - Tipo: <u>1" ESG 5 FUR 2/5</u>
Outros: _____

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

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

CPE: NO
IDENT: NO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

ANA

Unidade de Epidemiologia
NHUE / HRDML

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT Nº 74 INVESTIGADO

NOME: JOSÉ DE ANCHETA OTAVIANO

IDADE: 12/06/1992 COR: PARDOS SEXO: M ESTADO CIVIL: CASADA

NATURALIDADE: BRASILEIRA PROFISSÃO: PESQUEADOR PROCEDÊNCIA: _____

ENDEREÇO: RUA: 21 DE ABRIL, 3350 BAIRRO: CENTRO

CIDADE: JOÃO CAMARÁ DATA: 20-02-2017 HORA: 20:20hrs

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

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) 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 (ALEGADA)

± Motos de luto expostas por acidente de moto

EXAME FÍSICO

Neg: DM de HAS

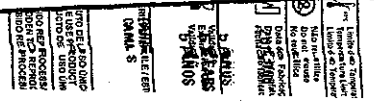
CONFERE COM ORIGINAL
Ass: Dr. [Signature]
1554620

Acidente de moto

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES

4- CNES
3515168

5- PACIENTE
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO

Identificação do Paciente

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
146876

7- CARTÃO NACIONAL/SUS
160 6095 2961 0006

8- DATA DE NASCIMENTO
09/08/1968

9- SEXO
MASCULINO

10- RAÇA/COR
PARDA

11- NOME DA MÃE
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

12- TELEFONE DE CONTATO
99214-7099

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)
RUA 21 DE ABRIL 3350

16- MUNICÍPIO
JOAO CAMARA

17- BAIRRO
CENTRO

18- UF
RN

19- CEP
59550-000

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa de Internação

feut recente presso a
Unidade no ± 90 dias

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

07 - huz

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

8 277

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

08 - huz

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Manoel Correia Neto
CRM/RN 648

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

152396-1



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA	HORA	146876
31/05/2017	10:25	CATEGORIA
PACIENTE		GIH
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		DATA DE NASCIMENTO
ESTADO CIVIL		09/08/1968
SOLTEIRO	PROFISSAO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)	PESCADOR	
RUA 21 DE ABRIL 3350		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
JOAO CAMARA	CENTRO	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59550-000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA	N DECLARADO	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
		99214-7099
ENDEREÇO		

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

ALTA

23/08/17

OBITO

HISTORIA CLINICA

CONFERE COM ORIGINAL
[Handwritten Signature]
Servidor
152396-1

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUÇÃO:

Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

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

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: 1500 ml
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml
Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Pac. SUR. MATEU. A. UMA. CURANDIA. DO. PLATO. F. S. I. L. P. PARA. PEN. I. T. H. F. O. U. S. I. D. O. OS. QU. I. T. O. 2. I. S. T. I. P. O. L. E. S. O. P. I. N. O. S. I. T. O. C. O. N. T. R. O. L. +. O. S. T. A. N. S. O. P. L. A. P. I. S. T. O. S. E. C. A. M. O. M. F. E. R. O. X. I. A. C. I. R. U. R. G. I. C. I. A. S. S. U. L. I. S. S. O. L. O. C. A. L. D. I. L. I. M. O. U. S. I. D. O. R. O. X. A. S. S. S. U. B. S. T. C. O. R. E. N. 2. 9. 2. 2. 2.

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () ambiente. Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CRD

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

Hora: 11:30 Data: 08/03/17 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: AB Local: M. S. B. 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

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>53</u>			<u>100%</u>	<u>U30</u>
30'		<u>54</u>			<u>100%</u>	<u>U35</u>
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gastr.	Drenagem	Retorno da Imagem
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Pac. admitido na SRA. E. B. mantém APV + curativo + dreno sucos. Após recuperação encaminhado p/ PR.

Ass: Aline C. Coren: 168301

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"/> ORTOPIEDIA	<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"/>

CONDUTA

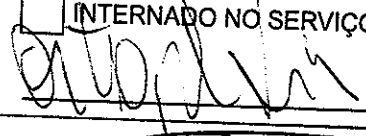
~~00 = 06~~
~~00~~

- Imiprima 405g (60h @)
- Pheliprima 50g (60h @)
- Tra per 10g (60h @) 12/17h

Ass. do Responsável

Dr. Carlos de Lam Jr.
Otorrinolaringologista
CRM 7050
R. 1001, 11676

DESTINO DO PACIENTE

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

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

SUS: 160 6095 2691 0006 Tel. 99314 7099



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

Mde - Benedita Oliveira Vieira

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 53

NOME: José de Auchiela Oliveira
 IDADE: 09/08/1968 COR: - SEXO: MASC. ESTADO CIVIL: Solteiro
 NATURALIDADE: João Câmara RN PROFISSÃO: Escrivão
 ENDEREÇO: Rua. da de Alcaid 3350 PROCEDÊNCIA: -
 CIDADE: João Câmara RN BAIRRO: Centro
 DATA: 31/05/2017 HORA: 09:10h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
 C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) 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)
 retorno com pulso d.

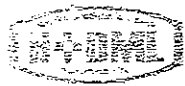
EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
 Servidor
 152296/1

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL: traumatismo torácico - pulmão d.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João de Azevedo Otaviano Idade: 48a D/N: 09/08/68
 Pront.: 146876 Município: J. Camarã Procedência: Interno () Externo
 Data da cirurgia: 04/06/17 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Robiane Instrumentado (a): Sayonara Circulante: Creuz + Reis

Cirurgia: Debridamento cirúrgico pelo (D) Especialidade: Ortopedia Sala: 23
 Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:35 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: João Aux.: _____ Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: Walfredo

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>74</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	Bpm
Pulso	<u>74</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>96</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	<u>14x10</u>	<u>146x27</u>	<u>152x100</u>	mmHg

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

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>MSE</u>
Cateter: <u>Teles 17</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Metal () Descartável
Local: _____
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>MID</u> Solução: <u>Cloroxidina</u> Local: _____

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº _____
Retorno: _____
CATETERISMO VESICAL
SVF nº _____ SVA nº _____
Diurese: _____
Professional responsável: _____

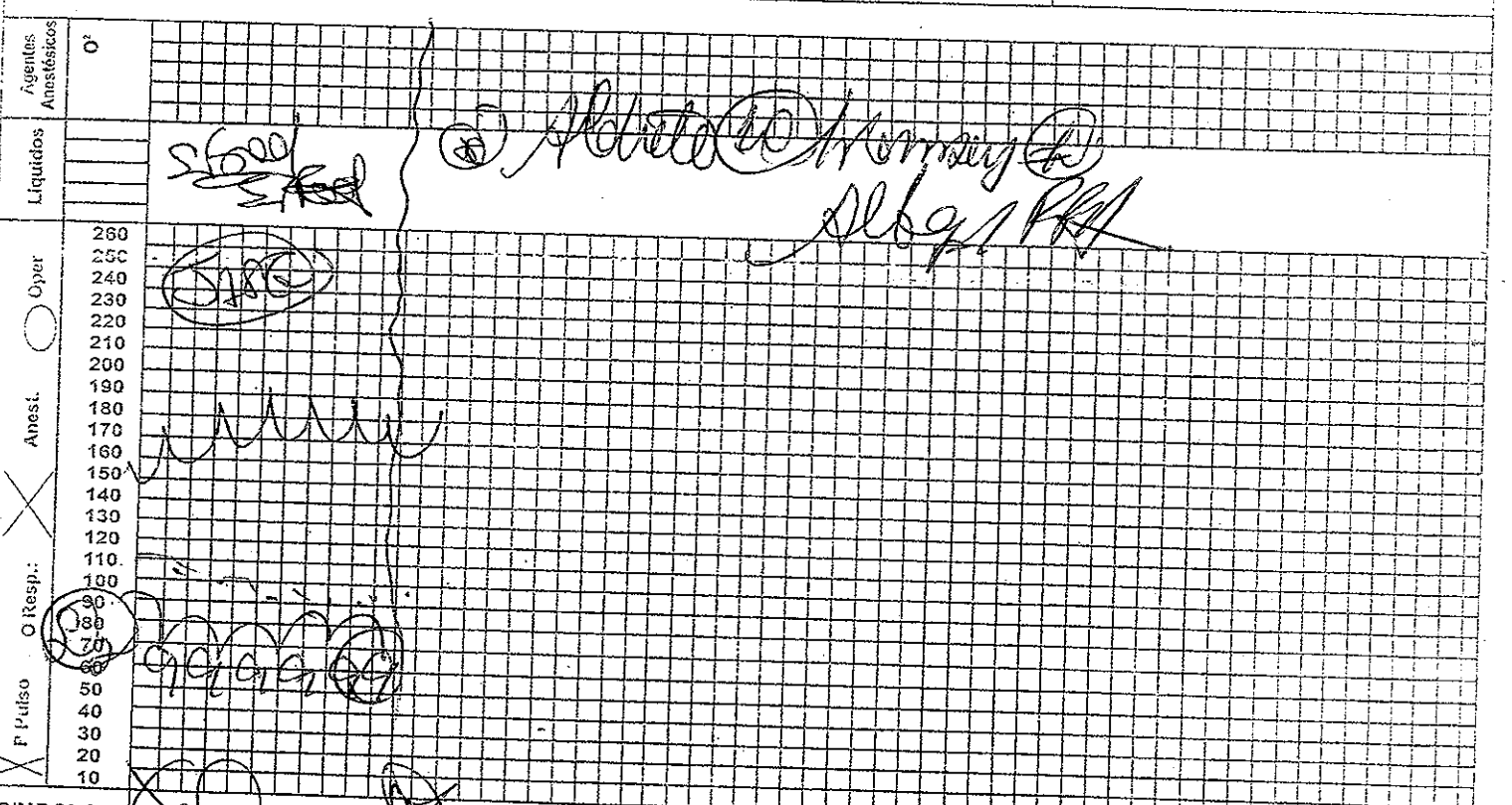
IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: _____
Tela: _____
Cateter: _____
Ostomia: _____
Fio de KC: _____ Parafuso - tipo: <u>52996-1</u>
Placa - Tipo: _____
Outros: _____

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>Pazius</u> Quant. Material: _____
Val.: _____ Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome		Idade		Sexo		Cor	
Data		Pressão arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo		Hematias		Hemoglobina		Hematócrito	
Ap. respiratório		Temperatura		Peso		Outros	
Ap. circulatório		Glicemia		Uréia			
Ap. digestivo		Urina		Asma		Bronquite	
Estado mental		Eletrocardiograma		Dentes		Pescoço	
Diagnóstico pré-operatório		Alergia		Hipotensores		Risco	
Anestésias anteriores		Estado físico		Risco			
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito			



NOTAÇÕES	Atropina 1mg + 2mg Atropina + 2mg Atropina, medicação 4-5, 25 minutos
POSICÃO	OP / BDR
Agentes	Morfeurol 100mg 5x 15 + 20mg Fat
Técnica	Intubação endotraqueal, sem intubação
Operação	Ressecção de tumor
Surteiros	Dr. [Handwritten Name]
Anestésistas	Dr. [Handwritten Name]
Observações	[Handwritten notes]

CONFIRME COM ORIGINAL
 [Handwritten Signature]
 Serviço de Anestesiologia
 [Handwritten Date/Time]

Notar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias

Perda Sanguínea

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: ROSE DI ANCIOSI CARVALHO Idade: 48 D/N: 09/08/68
 Pront.: 14876 Município: Itapaci Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 21/06/14 Hora Admissão: Bloco: 02 Sala: 19 Hora Saída: 21 Peso: _____
 Alergias: Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras _____
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C
 Enfermeiro(a): LUCIANA Instrumentado (ã): LUCIANA Circulante: Adriano
 Cirurgia: limpeza de ferida Especialidade: ORT Sala: 03
 Hora Início: _____ Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infetada
 1º Cirurgião: MICHEL Aux.: URA Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Blc. queijo () Raquidiana Ag. nº 2F () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. nº _____ Cateter nº: _____ Início: 19:15 Garrote: Smarch () Pneumático Início: 19:40 Término: 20:45
 Anestesiologista: DR ROBERTO DE LACERDA

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>86</u>	<u>86</u>	<u>84</u>	Bpm
Pulso	<u>86</u>	<u>86</u>	<u>84</u>	Bpm
Oximetria	<u>97</u>	<u>97</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	<u>32</u>	<u>32</u>	<u>32</u>	%
PA	<u>120/70</u>	<u>120/70</u>	<u>120/70</u>	mmHg

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

ACESSO VENOSO

Punção Arterial

Punção Venosa Periférica

Punção Venosa Central

Dissecção venosa

Local: _____

Cateter: _____

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº _____

Retorno: _____

CATETERISMO VESICAL

SVF nº _____ SVA nº _____

Diurese: _____

Profissional responsável: _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Hemograma () Gasometria

() Coagulograma () Outros

() Tipagem Sanguínea () Glicosimetria:

() Radioscopia (Raio X)

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim () Não () Metal () Descartável

Local: UTE

DEGERMAÇÃO

Sim () Não

Local: UTE Solução: Peridol

TRICOTOMIA

() Sim () Não

Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: _____

Tela: _____

Cateter: _____

Ostomia: _____

Fio de KC: _____

Placa - Tipo: _____ Parafuso - tipo: Servidor

Outros: _____

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: BÁSICO Quant. Material: 7

Val.: 21/06/14 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

CONFERE COM ORIGINAL

[Assinatura]

15/3967

Nome do paciente: **JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO** Ent. **23/06/17** Nº prontuário

Operador: **DR. MICHEL** Leito

2º auxiliar: **DR. URAI** 1º auxiliar

Anestesista: 3º auxiliar Instrumentador

Diagnóstico pré-operatório: **INFECÇÃO DO JOELHO DIR** Tipo de anestesia

Tipo de operação: **LIMPEZA CIRÚRGICA + RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE**

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

Leonardo de S. Barros
Médico Anestesiologista
CRM/RN 4281

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

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 SÍNTESE
- ➔ 6. COLHIDO MATERIAL PARA CULTURA E ANTIBIOGRAMA
7. SUTURA
8. CURATIVO
9. BOA PERFUSAO DISTAL

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

152596

0415040035

3 289



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

JOSÉ DE ACHETA OTAVIANO

Data operação

03/08/17

Enf.

MARCELO NOBREGA

Leito

ESMUS MARCO

Operador

1º auxiliar

Instrumentador

2º auxiliar

3º auxiliar

Anestesista

ESMUS ADLE

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

OSTEOMIELITE EM JOELHO ESQUERDO

Tipo de operação

170 CIRURGIAS COM PATELECTOMIA E CURATIVOS

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

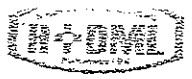
PACIENTE SOB ANESTESIA GERAL, DISSECAÇÃO CIRCUNFERENCIAL, INCISÃO ANTERIOR DISSECAÇÃO CURVATURA E DEBRIDAMENTO DOS TEC. DOS MÚSCULOS, LEITO PATELECTOMIA, RESSECÇÃO FÍSTULA ANTERIOR INSTALADO DRENO DE SUÇÃO SUTURADO COM MO. MANTIDO CURATIVO COM REPOSIÇÃO E CREPON.

Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologia
Perito em Traumatologia
CRM 2106 - TEOT 5981
CPF: 188.304.804-44

CONFERE COM ORIGINAL
Senador
03/08/17

0408060557

1002



HOSPITAL
SERVIÇO
EVOLUÇÃO

Fone: +351 4071-2315 - CNPJ: 08.071.172/0001-04 - Resp. Técnico: Miguel Tadeu Gorga - CRF - 7208
Cintrelhas - Estações de Comércio Internacional Lda.
Travessa da Anunciada, N° 10 - 2° Esq. Fte. - ZIP 2900-238 - Setúbal - Portugal - Telex: +351 250230227 - e-mail: cintrelhas@sapo.pt

NOME TÉCNICO / TECHNICAL NAME / NOMBRE TÉCNICO **DRENO / DRAIN / DRENAJE**
NOME COMERCIAL / TRADE NAME / NOMBRE COMERCIAL **DRENO POS - OPER. DRENOL 3,2MM / POS OP DRAIN 3,2 MM**
DRENO POS OPERAT 3,2 MM
COMPOSIÇÃO / COMPOSITION / COMPOSICION **POLIETILENO / POLYETHYLENE / POLIETILENO**
CÓDIGO / CODE / CÓDIGO **40000001325** REGISTRO 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. Instrucciones 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 package is damaged. / No usar el producto se el empaque estuviera dañado.

Do not reuse
No reutilice
Date of manufacture
Fecha de fabricación
2013/06

Valid for
Válido por
5 YEARS
5 ANOS

ESTERIL / STERILE / ESTERIL
BRIQS
CANNAS

PRODUTO DE USO ÚNICO
SINGLE USE PRODUCT
PRODUCTO DE USO ÚNICO

PROIBIDO REPROCESSAR
PROHIBEN TO REPROCESS
PROHIBIDO REPROCESSAR

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Pls
() Albumina _____ Unid. () Exp

h: _____
h: _____
h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: 1 ml administrado: 1000ml

ANATOMO PATOLÓGICO

Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:
INTERCORRÊNCIAS: nenhuma
Ass: Juliana Coren: 21770

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: sem bolsa de sucção
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CRO

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 () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ Ambiente Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Venoclise: () Não () Sim Tipo: HV 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

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	37	58	100/70	20	93	0
30'	37	57	100/70	19	100	0
60'	37	67	100/70	20	100	0
Alta	37	65	100/78	20	98	0

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: 500 ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

CONFERE COM ORIGINAL
Servidor: 1152396-1

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

17:20 per encaminhado P/ seu quarto re sup - Andara
Ass: _____ Coren: _____

AMES 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"/>

CONDUTA

- Rx joelho D e P
- Curativos

CONFERE COM ORIGINAL
Servidor 152396

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 _____ HS	<u>MANOEL NETO</u>	HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA _____	
ÓBITO ____/____/____	HORA _____	
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

NILSON
NIR / HDIM
AUTORIZADO

Manoel Correia Neto
Ortopedia - Traumatologia
MÉDICO (Carimbo) CRM/RN 849

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

(S) Hemocentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
(-) Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

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: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: () Não () 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: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) 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: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) 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 ORIGINAL
[Handwritten signature]
mi Servidor
45.2396-7

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:

16:10 se encaminhado p/ seu leito consciente orientado
o omb na HU Prof. Paula

Ass: _____ Coren: _____



Hospital

Nº proutuário

148876

Nome do paciente

JOSÉ DE LIMA P. OLIVEIRA

Data operação

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Incisão em T no dorso sob anestesia
- 2) Abertura da ferida
- 3) Ligadura de vasos arteriais
- 4) Retirada do fio de circunferência externo e fixação operatória e drenagem
- 5) Desbridamento extenso com retirada de tecido necrótico
- 6) Sutura com fio 3/0
- 7) Curativo

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

CONFERE COM ORIGINAL
 Servidor
 15239

8415040035

3 209



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
 Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
 Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS
 _____ h: _____
 _____ h: _____
 _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA
 () Soro Ringer Simples: _____ ml
 () Soro Ringer Lactato: _____ ml
 Quantidade total de volume administrado: _____

Soro Fisiológico: 200 ml
 Soro Glicosado: _____ ml

ANATOMO PATOLÓGICO
 Peça para sepultamento: () Não () Sim
 Líquido: _____
 () Não () Sim Peça:
 swab para cultura: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
 FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:
INTERCORRÊNCIAS: REXADA LIMPEZA DO COLÉGIO AIA
+ RETORNA SINTOMASE

Ass: [Assinatura] Coren: 27724

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 () Boisa de colostomia () Outro:
 Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: [Assinatura]

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO
 Hora: 21:05 Data: 23/08/22 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
 () Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
 Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
 Venoclise: () Não () Sim Tipo: [Assinatura] Local: [Assinatura] 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: () JECG () Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	36,2	78	110/70		99	
30'	36,2	78			99	
60'	36,2	78			99	
Alta	36,2	78	120/80		99	

Líquidos administrados na URPA:
 Soro glicosado: _____ ml
 Soro Fisiológico: _____ ml
 Ringer: 200 ml
 Irrigação vesical contínua: _____ ml

CONFERE COM ORIG
[Assinatura]
 Servidor: 156516

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

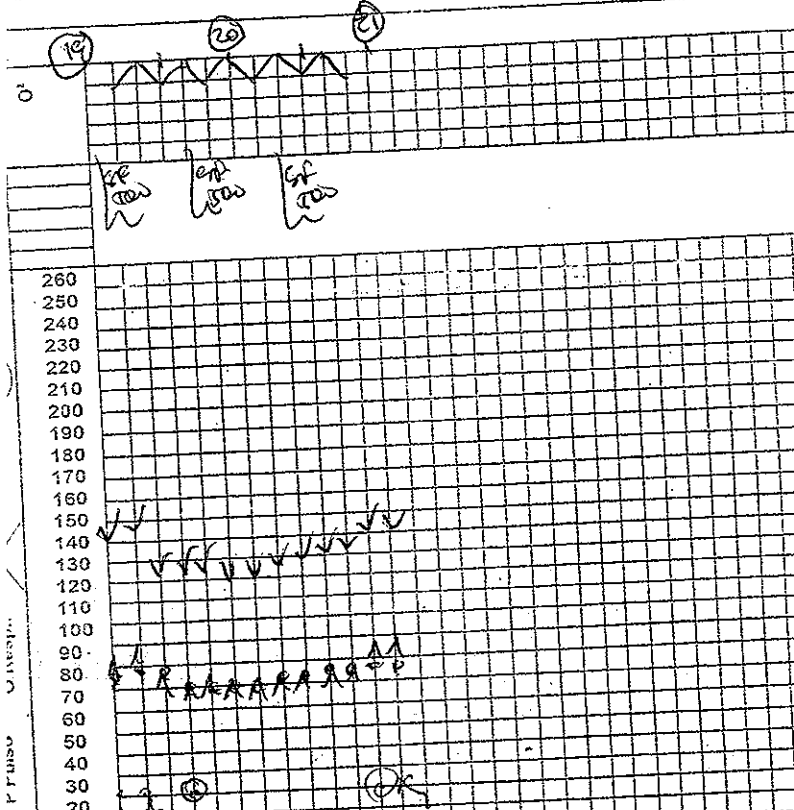
Eliminações:

	Diurese	Retorno Gast.	Drenagem	Retorno da irrigação
Recébio da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:
[Assinatura]
 Ass: _____ Coren: _____

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Idade 49		Sexo M		Cor Branco	
Pressão arterial 140x90 mmHg		Pulso 70 bpm		Respiração 20 rpm	
Temperatura		Peso		Outros	
Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia	
Ureia		Asma Não		Bronquite Não	
Eletrocardiograma		Ap. urinário		Alergia Não	
Dentes		Corticóides		Hipotensores Não	
Atarácicos		Estado físico		Risco	
Histórico pré-operatório		Aplicada às		Efeito	
Histórico anteriores		Efeitos		Efeitos	
Histórico pré-anestésico		Efeitos		Efeitos	



CONFERE COM ORIGINAL

Servidor 157396-1

IMBOLOS	1. Anestesia por máscara de Venturi	<p>X_2 Dixo = tel. Verde e hwl (caqui) Adm 9/2008</p>
NOTAÇÕES	2. MDE 3,4 + celun 30 + propofol 2,5 + furo 50 mg	
POSICÃO	3. Bainha + 2 pinos + Etil 140 + 100 ml de x20	
Agentes	vide anotações	
Técnica	BFA + Sufenta + furo + hwl + 256 1º + Mel. LCNT 3mg hiper 20 + hwl 100 mg + hwl	
Operação	Les. Mal. MB	
Quirúrgicos	Dr. Michel e Urai	
Anestésistas	Dr. Rodrigo + Dr. Leonardo de S. Barros	
Observações	Perda sanguínea	

Rodrigo da Cruz
Anestesiologista
CRM/RN 8690



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João de Archieta Otaviano Idade: 49 D/N: 09/08/1968
 Pront.: 146876 Município: João Câmara Procedência: Interno () Externo
 Data da cirurgia: 03/08/2017 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: () Não Sim Dipirona Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____
 Uso de medicações: Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSV/Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): S. S. S. S. Instrumentado(a): W. W. W. W. Circulante: S. S. S. S.
 Cirurgia: Terminação de nefrectomia e anexectomia Especialidade: Oftalmologia Sala: 01
 Hora Início: 15:40 Hora Término: 16:25 Tipo de cirurgia: Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: S. S. S. S. Aux.: W. W. W. W. Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio Raquidiana Ag. nº 27 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. nº _____ Cateter nº: _____ Início: 15:35 Garrota: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: M. M. M. M.

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>69</u>	<u>74</u>	<u>71</u>	Bpm
Pulso	<u>70</u>	<u>73</u>	<u>70</u>	Bpm
Oximetria	<u>96</u>	<u>97</u>	<u>97</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>112/72</u>	<u>110/72</u>	<u>111/72</u>	mmHg

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

ACESSO VENOSO

Punção Arterial

Punção Venosa Periférica

Punção Venosa Central

Dissecção venosa

Local: _____

Cateter: _____

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim () Não Metal () Descartável

Local: 01

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº: _____

Retorno: _____

CATETERISMO VESICAL

SVF nº: _____ SVA nº: _____

Diálise: _____

Profissional responsável: _____

DEGERMAÇÃO

Sim () Não

Local: 01 Solução: clorox Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO COMPARE COM ORIGINAL

Drenos: Normal = 01

Tela: _____

Cateter: _____

Ostomia: _____

Fio de KC: _____ Parafuso - tipo: _____

Placa - Tipo: _____

Outros: _____

EXAMES SOLICITADOS:

Hemograma Gasometria

Coagulograma Outros

Tipagem Sanguínea Glicosimetria:

Radioscopia (Raio X)

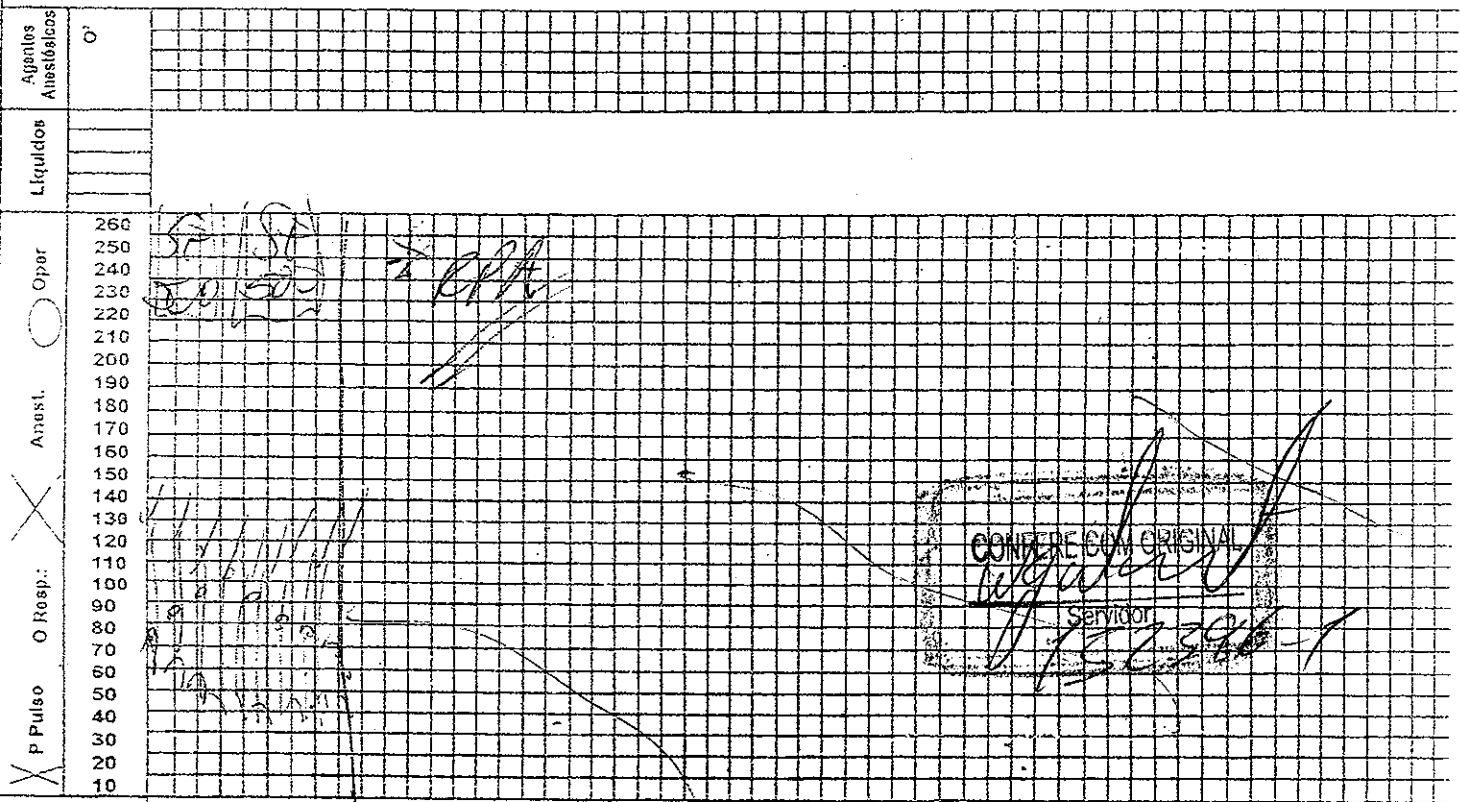
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 346 Quant. Material: 01

Val.: 9108 Contagem de gaze e compressas: _____

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital: HOML		Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO			Idade	Sexo: M	Cor
Data: 13/07/12	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia
	Urina				
Ap. respiratório: NON			Asma: NEGA		Bronquite
Ap. circulatório: NON			Eletrocardiograma		
Ap. digestivo: NON		Dentes	PESCOÇO	Ap. urinário	
Estado mental: ORIENTADO		Atarácicos	Corticóides	Alergia: NEGA	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico	Risco
Anestesias anteriores					
Medicação pré-anestésica			Aplicada às	Efeito	



SIMBOLOS	
ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	DDH
Agentes	Midazolam - 5mg Fontanyl - 0,5mg
Técnica	Indução com Propofol - 20mg - Midazolam - 0,2mg, Fontanyl - 0,5mg
Operação	LAMPETA CERVICAL
Cirurgiões	DR. [Signature] DR. [Signature]
Anestesiastas	DR. [Signature]
Observações	

Dr. **Adel F. Maia**
 Anestesiologista
 CRM/RN 5432
 Perda sanguínea

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias