



Número: **0823636-98.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **07/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---------------------------------------|
| A. V. G. D. M. (AUTOR) | ROCCO MELIANDE NETO (ADVOGADO) |
| MAPFRE SEGUROS (RÉU) | |
| GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO) | |
| QUESIA GOMES DA SILVA MOURA (TERCEIRO INTERESSADO) | |

| Documentos | | | |
|------------|--------------------|---|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 44171533 | 07/06/2019 12:04 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 44171949 | 07/06/2019 12:04 | 1 PI DIFERENÇA AMANDA VIVIAN 2019 DPVAT | Outros documentos |
| 44171955 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 01 | Outros documentos |
| 44171964 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 02 | Outros documentos |
| 44171970 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 03 | Outros documentos |
| 44171982 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 04 | Outros documentos |
| 44171989 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 05 | Outros documentos |
| 44172002 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 06 | Outros documentos |
| 44172021 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 07 | Outros documentos |
| 44172031 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 08 | Outros documentos |
| 44172042 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 09 | Outros documentos |
| 44172053 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 10 | Outros documentos |
| 44172387 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 11.0 | Outros documentos |
| 44172060 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 11.1 | Outros documentos |
| 44172318 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 12 | Outros documentos |
| 44172073 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 13 | Outros documentos |
| 44172083 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 14 | Outros documentos |
| 44172096 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 15.1 | Outros documentos |

| | | | |
|--------------|------------------|---------------------------------------|-------------------|
| 44172 101 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 15 | Outros documentos |
| 44172 107 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 16 | Outros documentos |
| 44172 118 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 17 | Outros documentos |
| 44172 137 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 18 | Outros documentos |
| 44172 156 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 19 | Outros documentos |
| 44172 164 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 20 | Outros documentos |
| 44172 179 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 21 | Outros documentos |
| 44172 204 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 22 | Outros documentos |
| 44172 231 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 23 | Outros documentos |
| 44172 252 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 24 | Outros documentos |
| 44172 264 | 07/06/2019 12:04 | DPVAT AMANDA GOMES 25 | Outros documentos |

MM JUIZ SEGUE PETIÇÃO INICIAL COM DOCS TODOS EM PDF.

NATAL, 07 DE JUNHO DE 2019

DR ROCCO M NETO OAB/RN 3384-B



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE
DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS ESPECIALIZADA DA
COMARCA DA CAPITAL.**

AMANDA VIVIAN GOMES DE MOURA, brasileiro,
solteira, estudante, cadastrado no CPF/MF sob o nº 114.159.814-00,
REPRESENTADA POR SUA GENITORA QUESIA GOMES DA SILVA
MOURA, brasileira, inscrita no CPF/MF 915.320.434-49, ambas residente
e domiciliado na RUA DOS IMIGRANTES, 228, LIBERDADE,
PARNAMIRIM, RN, CEP.: 59155-480, vem por intermédio de seus
advogados infra-assinados, proporem a presente ação.

**DEMANDA DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT REQUERENDO
DIFERENÇA DE VALOR RECEBIDO ADMINISTRATIVAMENTE
PELO PROCEDIMENTO ORDINÁRIO**

Em face de **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**,
pessoa jurídica de direito privado, estabelecida à Avenida Jaguarari 1865,
Lagoa Nova, Natal, RN, CEP 59054-500, CNPJ nº 610741750001-38,
pelos fatos e fundamentos jurídicos que a seguir passa a narrativa:

**PREFACIALMENTE:
DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA**

Inicialmente afirma o Autor, sob as penas da Lei e de acordo
com o art. 4º da Lei nº. 1.060/50 e seu parágrafo 1º, com a redação que lhe
deu a Lei nº. 7.510/86, que é pessoa juridicamente necessitada e que, em
consequência, não tem, condições de arcar com os dispêndios da presente
demanda sem prejuízo de seu sustento e de sua família, o que enseja o
benefício da gratuidade de justiça.



DAS PUBLICAÇÕES NO DIÁRIO OFICIAL E DAS INTIMAÇÕES

Requer o Autor, que todas as publicações na Imprensa Oficial sejam feitas **em nome do advogado Dr. ROCCO MELIANDE NETO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 3.384/B-RN**, bem como para fins do artigo 39, inciso I do CPC, que todas as futuras intimações sejam remetidas para o endereço profissional, vale dizer, Rua João Pessoa, 198, sala 303, Edifício Canaú, Natal, RN Tels. (84) 988895797, (84) 994111088, E-mails: roccomneto@hotmail.com; sob pena de nulidade processual por cerceamento de defesa.

1 – DOS FATOS

Consoante comprova a inclusa documentação, no dia **11/06/2018 AS 12:00 horas**, o Autor foi vítima de acidente automobilístico, e em virtude do ***POLITRAUMATISMO SOFRIDO*** e da gravidade dos ferimentos em seus ***Membros Inferiores***, qual seja **tornozelo esquerdo com a realização de uma cirurgia**, sofreu **incapacidade e debilidade permanente, conforme prontuário de internação do Hospital da UNIMED.**

2- DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

O Autor postulou administrativamente o pagamento do Seguro DPVAT e recebeu a quantia de **R\$ 1.687,50, POREM RECEBEU UM VALOR INFERIOR PORQUE OCORREU LESÕES COM CIRURGIA NO TORNOZELO ESQUERDO ALEM ALÉM DE ROMPIMENTO DE LIGAMENTOS AGIDAS AO NÍVEL DESTE MESMO TORNOZELO ESQUERDO** como mostra comprovante do sinistro **3180441292** em anexo.

SINISTRO 3180441292 - Resultado de consulta por beneficiário



VÍTIMA AMANDA VIVIAN GOMES DE MOURA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO AMANDA VIVIAN GOMES DE MOURA
CPF/CNPJ: 11415981400
Posição em 31-05-2019 15:22:35

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 08/10/2018 | R\$ 1.687,50 | R\$ 0,00 | R\$ 1.687,50 |

No entanto o Demandante vem perante o poder judiciário pleitear uma segunda avaliação médica tendo em vista que o valor recebido na via administrativa a título de indenização não reflete a gravidade das lesões por ele sofridas.

3 – DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

Pretende a parte requerente indenização decorrente de acidente automobilístico referente ao seguro DPVAT e que seja a ré condenada ao **PAGAMENTO** da indenização do Seguro Obrigatório, que **este respeitável juízo arbitre com base no laudo pericial definitivo que será produzido durante a instrução processual o justo valor de indenização devido ao autor** na forma que preceitua os artigos 3º, alínea b e 5º parágrafo 1º alínea a, da Lei nº. 6.194/74.

4- DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

Considerando que a Ré tem a praxe de celebrar acordos somente após a realização de perícia médica capaz de atestar o grau do dano sofrido pelo autor. O Demandante requer a Vossa Excelência a antecipação da prova pericial, com fundamento no art. 139, VI, do Código de Processo Civil a modo de adequar o procedimento à necessidade do conflito. **Após a realização da prova pericial requer o autor a designação**



da audiência de conciliação e mediação ou a inclusão do feito nos mutirões judiciais promovidos pela Secretaria de Conciliação do TJRN.

5- DO VALOR DA CAUSA

No caso em questão existe a inviabilidade de definir de pronto o exato valor da causa debatida, pois tal definição depende da perícia médica que será realizada no autor ao longo da instrução processual que quantificará com exatidão o valor que lhe devido pela parte ré em caráter de indenização; portanto como não se sabe ao certo a atribuição do valor que corresponde exatamente o proveito econômico almejado, mostra-se correto dar, à causa, o valor de alçada. Diante de tais circunstâncias é atribuído o valor de um mil reais a lide em caráter de alçada.

6- DO LAUDO QUE ATESTE A INVALIDEZ PERMANENTE

A Documentação hospitalar acostada nos autos por si só já atesta as lesões sofrida pelo autor, no entanto durante a instrução processual através da perícia médica que for designada por este respeitoso juízo se atestará com exatidão a invalidez permanente que acomete o autor. A Demandada produziu um laudo de invalidez permanente no autor para o pagamento administrativo, mais como é de praxe não os disponibilizam para as vítimas dos sinistros.

Considerando a não disponibilização por parte da Ré do laudo de invalidez permanente que foi produzido no autor na instrução processual no âmbito administrativo requer o requerente que este juízo intime a Demandada a apresentar o laudo que foi produzido, caso este juízo entenda necessário. Salientando que o Autor não concorda com o laudo que foi produzido pela Ré na esfera administrativa e que espera a confecção por perito judicial de um novo laudo pericial que ateste em definitivo a invalidez do autor afim de quantificar a devida indenização pelo do dano pessoal sofrido.

7- DO PEDIDO

Face ao exposto, requer o autor a Vossa Excelência, o deferimento da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, aguardando a inteira **PROCEDÊNCIA** do pedido, com a condenação da ré, conforme abaixo:

- a) Citação da seguradora-ré, **POR VIA POSTAL**, para se quiser responder aos termos da presente, sob pena de revelia e confissão, na forma do art.319 do Código de Processo Civil;



- b) Seja a ré condenada ao **PAGAMENTO** da indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, no valor **com base no laudo pericial definitivo que será produzido durante a instrução processual da indenização devido ao autor** na forma dos artigos 3º, alínea **b** e 5º parágrafo 1º alínea **a**, da Lei nº. 6.194/74;
- c) Pagamento de juros, a partir da data do acidente, correção monetária onde couberem, além de honorários advocatícios no valor de 20% **com base no valor a ser definido no laudo pericial definitivo**, custas judiciais e taxa judiciária.
- d) Solicita o autor caso V. Exa. julgue necessário, designe o **EXPERT** para proceder exame médico no autor, visando aquilatar as lesões sofridas pelo mesmo.
- e) Após a realização da prova pericial requer o autor a designação da audiência de conciliação e mediação ou a inclusão do feito nos mutirões judiciais promovidos pela Secretaria de Conciliação do TJRN;
- f) na remotíssima hipótese de ocorrer dos honorários sucumbenciais serem ínfimos *tem entendido a aplicação do artigo 85, § 8º do CPC, quando: Art. 85. A sentença condenará o vencido a pagar honorários ao advogado do vencedor. (...) § 8º Nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos incisos do § 2º.*

Inclusive este é o entendimento do STJ:

BANCÁRIO E PROCESSO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. JUÍZO DE ADMISSIBILIDADE. FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL. DEFICIÊNCIA NA FUNDAMENTAÇÃO. DISSÍDIO NÃO COMPROVADO. MÚTUO. CLÁUSULAS ABUSIVAS. EXAME DE OFÍCIO. IMPOSSIBILIDADE. IMPUGNAÇÃO A CRÉDITO EM CONCORDATA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. REVISÃO NO ÂMBITO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. POSSIBILIDADE NAS HIPÓTESES DE FIXAÇÃO, PELO TRIBUNAL DE ORIGEM, EM VALOR ÍNFILO OU EXAGERADO. - Não se conhece do Especial que se assenta em negativa de vigência de dispositivo da Constituição Federal, tema afeito à competência do Supremo Tribunal Federal. - É inadmissível o recurso especial deficientemente fundamentado. Aplicável à espécie a Súmula 284, STF. - Não se conhece do recurso especial, pela divergência, quando não comprovado o dissídio jurisprudencial nos moldes legal e regimental. - Não se admite o exame de ofício de cláusulas contratuais pelo Tribunal de origem. Princípio do 'tantum devolutum quantum appellatum'. - É possível a revisão, no STJ, do valor arbitrado pelo Tribunal de origem a título de honorários advocatícios, com fundamento no art. 20, § 4º, em hipóteses excepcionais, em que a quantia tenha sido fixada em valor ínfimo ou exagerado. Precedentes. - Se a verba honorária não corresponde a sequer 1% do valor da causa, deve a mesma ser considerada irrisória. Recurso especial da massa falida provido e do BNDES parcialmente provido. (STJ - REsp: 962915 SC 2007/0142033-1, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 09/12/2008, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: --> DJe 03/02/2009)

Ratifica o pedido "b" no sentido de havendo a condenação requer o pagamento de juros, a partir da data do acidente, correção monetária onde couberem, **além de honorários advocatícios sucumbenciais no valor de até 20% com base no valor a ser definido no laudo pericial definitivo**, custas judiciais e taxa judiciária e, em sendo os honorários sucumbenciais em valores ínfimos requer sejam arbitrados os honorários com base no artigo 85, § 8º, do NCPC, no valor mínimo SUGERIDO SEJA DE 01 SALÁRIO MÍNIMO À ÉPOCA DA SENTENÇA quando: **Art. 85. A sentença condenará o vencido a pagar honorários ao advogado do vencedor. (...) § 8º** Nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos incisos do § 2º.



Segue os quesitos, devendo o ilustre perito informar:

Quesitos:

- 1- Houve ofensa a integridade corporal ou a saúde do autor? (Resposta especificada)
- 2- Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?
- 3- Da ofensa resultou perigo de vida?
- 4- Da ofensa resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; ou deformidade permanente? (Resposta especificada)

DAS PROVAS

Requer o autor como provas, todos os meios admitidos em direito, notadamente, depoimento pessoal do representante legal da ré, sob pena de confissão, testemunhal, documental, **prova documental superveniente em especial prova pericial medica, se necessário for.**

DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de **R\$ 13.500,00**, para fins de alçada.

Termos em que, Pede deferimento.

Natal-RN, **29 de MAIO de 2019.**

ROCCO MELIANDE NETO OAB-RN 3.384-B





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.467.276 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/01/2015

NOME ANANDA VIVIAN GOMES DE NOURA

FILIAÇÃO GILBERTO LIMA DE NOURA

NATURALIDADE PARANÁ

DATA DE NASCIMENTO 18/03/2003

DIGITO DE NASCIMENTO 409 F-193 RG-45135

CPF 114.159.814-00

Assinatura: *Unsses Bezerra Fina*

Coordenador de Registro

LEIN 7.116 DE 29/03/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Assinatura: *Unsses Bezerra Fina*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

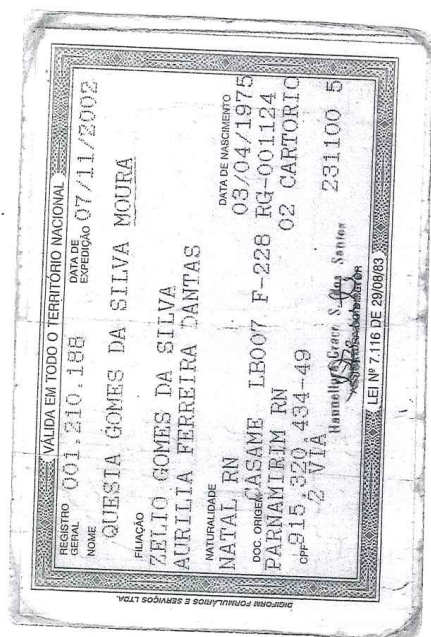
ARUANA SEGUROS

19 OUT 2018

ARUANA SEGURADORA

19 OUT 2018





→ Representante legal.





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 58015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.428-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
PREFEITURA DE TIROL - TIROL
RUA BASSO - 223 CENTRO
FONE/FAX EM 58140-200
115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 15/08/2018 AS 10:31:01

| DADOS DO CLIENTE | | MATRÍCULA: | MÊS/ANO | | | |
|--|---------------|--------------------------|--|----------------------|------------------|------------------|
| GILBERTO LIMA DE MOURA RUA JOSE DE OLIVEIRA NETO, N, 228 - LIBERDADE PARNAMIRIM RN 59155-555 | | 7363132 | 08/2018 | | | |
| INSCRIÇÃO | ROTA | SEQ.ROTA | QUANTIDADE DE ECONOMIAS | | | |
| 501.007.550.0152.000 | 6 | 6735 | RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO | | | |
| HYDRÔMETROS | SITUAÇÃO ÁGUA | SITUAÇÃO ESGOTO | | | | |
| Y12N219830 | LIGADO | LIGADO | | | | |
| CONSUMO ÁGUA (H3): 10 | | DATA LEITURA: 15/08/2018 | | | | |
| | | LEIT. ATUAL: 691 | | | | |
| | | LEIT. ANT.: 681 | | | | |
| | | DIAS CONSUMO: 30 | | | | |
| HISTÓRICO DE CONSUMO | | | | | | |
| REF | CONSUMO | REF | CONSUMO | REF | CONSUMO | MEDIA |
| 07/2018 | 12 | 05/2018 | 11 | 03/2018 | 10 | 10 |
| 06/2018 | 11 | 04/2018 | 10 | 02/2018 | 7 | |
| DESCRIÇÃO | | CONSUMO | | TOTAL(R\$) | | |
| ÁGUA | | | | | | |
| RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S) | | 10 H3 | | 39,99 | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | | | | | | |
| ESGOTO | | | | | | |
| 70.0% DO VALOR DE ÁGUA | | | | 27,99 | | |
| JUROS DE MORA 06/2018 | | | | 0,77 | | |
| TRIBUTOS | | BASE DE CÁLCULO | | PERCENTUAL(%) | | VALOR DO IMPOSTO |
| PIS | | 67,98 | | 1.65 | | 1,12 |
| COFINS | | 67,98 | | 7.6 | | 5,17 |
| VENCIMENTO: | | 23/08/2018 | | TOTAL A PAGAR: | | 68,75 |
| MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA | | | | | | |
| Parâmetros | Turbidez | PH | Colif. Totais | Cloro Residual Livre | Nitrato (como N) | |
| VMP e Recomendações | ≤ 5,0 UT | 6,0 a 9,5 | % de Ausência | 0,2 a 2,0 mg/L | ≤ 10,0 mg/L | |
| Valores Obtidos | 0,1 | 7,55 | 98,05 % | 1,28 | 7,05 | |

ARUANA SEGURADORA
19 OUT 2018

ARUANA SEGUROS
24 SET 2018



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711580289100000042709692>

Número do documento: 19060711580289100000042709692



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 2ª DELEGACIA DE POLÍCIA DE PARNAMIRIM
Endereço: RUA LAGOA SALGADA, 10, NOVA PARNAMIRIM, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018024001345
1.2 Data de Expedição: 21/06/2018 10.35.58
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/06/2018 12.00.00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.7 Logradouro: AV. CAJUPIRANGA
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: LIBERDADE
2.13 Cidade: PARNAMIRIM
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GILBERTO LIMA DE MOURA
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: ALMIR FRANCISCO DE MOURA
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: JULITA LIMA DE MOURA -
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 67102166400
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 06/10/1972
3.13 Profissão: ELETRICISTA
3.14 RG: 001073298 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 20107506
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 228
3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: LIBERDADE
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA: DOS IMIGRANTES
3.23 Cidade: PARNAMIRIM
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: AMANDA VIVIAN GOMES DE MOURA
4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)
4.1.3 Nome Social:
4.1.4 Pai: GILBERTO LIMA DE MOURA
4.1.5 Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA
4.1.6 Identidade de Gênero:
4.1.7 Orientação Sexual:
4.1.8 Etnia: Branca
4.1.9 Sexo: FEMININO
4.1.10 Data de Nascimento: 18/03/2003
4.1.11 CPF:
4.1.12 RG: Não informado
4.1.13 Nacionalidade:
4.1.14 Profissão:
4.1.15 Logradouro: RAU: IMIGRANTES
4.1.16 Passaporte:
4.1.17 Número: 228
4.1.18 E-Mail:
4.1.19 Bairro: LIBERDADE
4.1.20 CEP:
4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
4.1.21 Cidade: PARNAMIRIM

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A 2ª DP DE PARNAMIRIM-RN PARA RELATAR QUE NO DIA 11/06/2018 POR VOLTA DAS 12:00 HORAS, O DECLARANTE SE ENCONTRAVA COM A MOTO DE PLACA MYM 8698 - PARNAMIRIM-RN CÔD. RENAVAM 00809572532 QUE SE ENCONTRA EM NOME DA SRª ALYNNE KELLY DANTAS DA SILVA BARBOSA E A SUA FILHA A SRª AMANDA VIVIAN GOMES DE MOURA SE ENCONTRAVA NA GARUPA DA MOTO. O COMUNICANTE ESTAVA PARADO NA MOTO NA ESTRADA DE CAJUPIRANGA EM PARNAMIRIM-RN, ESPERANDO QUE O FLUXO DE CARROS DIMINUÍSSE, QUANDO FOI SURPREENDIDO COM UM CONDUTOR DE UMA MOTO QUE VEIO EM VELOCIDADE E BATEU NA PARTE TRASEIRA DO LADO ESQUERDO DA MOTO, ONDE ESTAVA A FILHA DO DECLARANTE, ONDE FOI ATINGIDA NO TORNOZELO ESQUERDO, EM SEGUIDA O CAUSADOR DO ACIDENTE SE EVADIU NA MOTO, LOGO APÓS O COMUNICANTE LEVOU A SUA FILHA PARA CASA, ONDE AGUARDOU A CHEGADA DO SEU IRMÃO EM UM CARRO PARA SER SOCORRIDA, LOGO APÓS A SUA FILHA FOI LEVADA PARA O HOSPITAL DA UNIMED, ONDE FICOU INTERNADA E FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA NO TORNOZELO ESQUERDO, FICANDO IMPOSSIBILIDADE DE ANDAR POR 30 DIAS. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

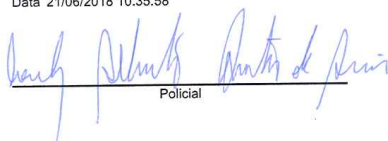
9.3 Outras Providências

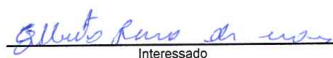
REGISTRO DO BO PARA SOLICITAR O SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 21/06/2018 10.35.58


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS
Impresso por: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS em 21/06/2018 10:36:24

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2018024001345 - Código de autenticação: a24c61016d4453e4dc92ac2e8d9e9d0b

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:14

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906071158112460000042709703

Número do documento: 1906071158112460000042709703

Num. 44171982 - Pág. 1

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
AV. ANTÔNIO BASÍLIO, 3598 - LAGOA NOVA - NATAL/RN - CEP:59054-380

FICHA DE INTERNAMENTO

FICHA DE REGISTRO - 11/06/2018 17:14

Nº ATEND.: 2

1198

DADOS DO PACIENTE:

Registro: 654565
Nascimento: 18/03/2003 00:00:00
Estado Civil:
Idade: 15 anos
Sexo: Feminino
RG: 2663570
CPF: 114.159.814-00
Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA
Endereço: R JOSE DE OLIVEIRA NETO Nº 228 LIBERDADE
Cidade: PARNAMIRIM-RN Estado: RN
CEP: 59000-000
Tel: 8420107506
E-mail:
Procedência: DIAMANTES/SOS

DADOS DO RESPONSÁVEL:

Nome: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA
RG: 1210188
Endereço:
CEP:
Telefone: 84-20107506
Parentesco: MAE
CPF: 91532043449

DADOS DO CONVÊNIO:

Convênio: UNIMED NATAL
Titular: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA Matrícula: 0620030010470924
Val. Carteira: 31/12/2020
Guia: 60937275
Diária Autorizada: DIARIA DE ENFERMARIA Dias Autorizados: 1 Validade da Guia: 12/06/2018

INFORMAÇÕES DE INTERNAÇÃO:

Unidade: GERENCIAMENTO DE LEITOS Tipo Leito: ENFERMAGEM
Leito: VI RES-41
CID: S82-FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

INFORMAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES:

Médico Paciente: MARCELO NOBREGA ROCHA
Observação: PLANO REGULAMENTADO SEM PRE-EX



BRUNAZA Alexandra
Responsável
Funcionário (a) Responsável

Data e hora da impressão: 11/06/2018 às 17:25



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no

60937275

1 - Registro ANS

13/3/5/5/9/

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

16/0/9/3/7/2/7/5/

4 - Data de Autorização

11/1/1/0/6/1/2/0/1/8/

5 - Senha

12/3/3/8/3/8/6/7/

6 - Data de Validade da Senha

11/0/1/8/1/2/0/1/8/

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

10/0/6/2/0/0/3/0/0/1/0/4/7/0/9/2/4/

8 - Validade da Carteira

13/1/1/2/2/0/2/0/

9 - Atendimento a RN

1N/

10 - Nome

AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

11 - Cartão Nacional de Saúde

17/0/0/0/0/2/9/2/5/3/2/4/3/0/

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13/5/2/2/

13 - Nome do Contratado

MARCELO NOBREGA ROCHA

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16/

16 - Número do Conselho

13/5/2/2/

17 - UF

1R/1N/

18 - Código CBO

2/2/5/2/7/

Dados do Hospital/Local Solicitado/Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

11/1/0/0/0/0/2/8/

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

UNIMED NATAL (HOSPITAL UNIMED)

21 - Data Sugerida para Internação

11/1/0/6/1/2/0/1/8/

22 - Carteira de Atendimento

12/

23 - Tipo de Internação

12/

24 - Regime de Internação

11/

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

11/

26 - Previsão de uso de OPME

1N/

27 - Previsão de uso de quimioterápico

1N/

28 - Indicação Clínica

PACIENTE COM DOR E EDEMA E DEFORMIDADE NO TORNOZELO E APOS TRAUMA. RX MOSTRA FRATURA DE MALEOLO MEDIAL E ABERTURA DA SINOLESSIMOSE DISTAL E.

ARUANA SEGUROS

29 - CID-10 Principal (Opcional)

1S/8/2/

30 - CID-10 (2) (Opcional)

1S/8/2/

31 - CID-10 (3) (Opcional)

1S/8/2/

32 - CID-10 (4) (Opcional)

1S/8/2/

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

12/

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|--|--|-------------------|-----------------|
| 01 | 11/8/ | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 10/0/1/ | 10/0/1/ |
| 02 | 12/2/ | FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CI | 10/0/1/ | 10/0/1/ |
| 03 | 12/2/ | LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENT | 10/0/1/ | 10/0/1/ |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | | | |
| 07 | | | | |
| 08 | | | | |
| 09 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

ARUANA SEGUROS
19 OUT 2018

Dados da Autorização

39 - Data Provável de Admissão Hospitalar

11/2/1/0/6/1/2/0/1/8/

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

11/

41 - Tipo da Acomodação

11/

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

11/1/0/0/0/0/2/8/

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

UNIMED NATAL (HOSPITAL UNIMED)

44 - Código CNES

19/9/9/9/9/9/

45 - Observação/Justificativa:
CONTREGES/PRE-EXISTENCIA/O DIREITO/A COMPANHANTE

46 - Data da Solicitação

11/1/1/0/6/1/2/0/1/8/

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74194720

| Unimed | | GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO | | 2- Nº Guia no Prestador | |
|--|--|--|--------------------------------|---|--|
| 1 - Registro ANS | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | | | |
| 3 3 5 5 9 2 | | | | | |
| 4 - Data da Autorização | | 5 - Senha | | 6 - Data de Validade da Senha | |
| | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 8 - Validade da Carteira | | 9 - Atendimento a RN | |
| 0620030010470924 | | 31/12/20 | | | |
| 10 - Nome | | | | 11 - Cartão Nacional de Saúde | |
| Amanda Vivian G. Moura | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 13 - Nome do Contratado | | | |
| | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante | | 15 - Conselho Profissional | | 16 - Número no Conselho | |
| Dr. Marcelo V. Rocha | | CRM | | 3522 | |
| 17 - CID-10 | | 18 - Código CBO | | | |
| S82 | | AN | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ | | | | | |
| 110005028 | | | | | |
| 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado | | 21 - Data sugerida para internação | | | |
| H. Unimed | | | | | |
| 22 - Caracter de Atendimento | 23 - Tipo de Internação | 24 - Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas | 26 - Previsão de uso de OPME | 27 - Previsão de uso de quimioterápico |
| U | J | 2 | 01 | | |
| 28 - Indicação Clínica | | | | | |
| Paciente com dor edema e deformidade no tornozelo E após trauma. Ex com fratura da malha medial e abertura da tendinose distal | | | | | |
| 29 - CID-10 | 30 - CID-10.2 | 31 - CID-10.3 | 32 - CID-10.4 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | |
| S82 | | | | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | | | | | |
| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut | |
| 01 | 3072012-6 | Tratamento Cirúrgico de Fratura do Tornozelo E | | | |
| 02 | 3072814-2 | Rafa Ligamentar | | | |
| 03 | | | | | |
| 04 | | | | | |
| 05 | | | | | |
| 06 | | | | | |
| 07 | | | | | |
| 08 | | | | | |
| 09 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| Dados da Autorização | | | | | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar | | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas | | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada | |
| | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | | 44 - Código CNES | |
| | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa | | | | | |
| | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | |
| 19/6/18 | | Marcelo V. Rocha CRM 3522 | | Amanda Gomes | |
| | | | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |

ARUANA SEGUROS
20 JUL 2018ARUANA REGISTRADORA
19 JUL 2018

SOCIEDADE COOP. DE TRABALHO MÉDICO - UNIMED NATAL
Rua Mipibú, 511 - Petrópolis - CEP 59020-250 - Natal - RN
Telefone (84) 3220-6200 - www.unimednatal.com.br

Unimed 
Natal

SOLICITANTE Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924

Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

Usuário: Dt Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F

Código: Dt Internação: 11/06/2018

Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

Hospital:

Dias: Solicit.: Lib.: Diagn.:

Cód. Solicitado: Internação:

Médico Assistente:

☐ Parecer (Avaliação): Especialista:

☐ Acompanhamento: Especialista:

☒ Prorrogação: Dias: 07 dias

☐ Isolamento:

Nutrição: ☐ Enteral ☐ Parenteral

☐ Mudança de Procedimento:

Procedimento Anterior:

Procedimento Atual:

☐ Ventilação não invasiva:

☐ Materiais de Alto Custo:

Especificar:

☐ Medicamentos de alto custo:

Especificar:

Justificativa do Médico Assistente para o procedimento solicitado:

Data: 12/06/18

Assinatura e Carimbo

Justificativa do Médico Auditor para autorizar/ou não o procedimento solicitado:

Data: / /

Assinatura e Carimbo

EDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Internamento: / /

Leito: 119 B

☐ Clínica ☐ Cirúrgica ☐ UTI

Médico Auditor:

Data: / /

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

Marcelo Nobrega Rocha
Rég. 0433 / CRM 3922

ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS
19 OUT 2018

ANS - n.º 33559-2



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:15

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711582962600000042709720

Número do documento: 19060711582962600000042709720

SOCIEDADE COOP. DE TR

Rua Mipibú, 511 - Petrópoli

Telefone (84) 3220-6200 -

Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924

Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

Dt. Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F

Dt. Internação: 11/06/2018

Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

G 60937275

12/06. 08:42

imed



Natal

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Usuário:

Código:

Hospital:

Dias Solicit.:

Lib.:

Diagn.:

Cód. Solicitado:

Interação:

☐ Clínica

☐ Cirúrgica

☐ UTI

Médico Assistente:

Médico Auditor:

Data:

☐ Parecer (Avaliação): Especialista:

☐ Acompanhamento: Especialista:

☐ Prorrogação: Dias:

☐ Isolamento:

☐ Nutrição: ☐ Enteral ☐ Parenteral

☐ Mudança de Procedimento:

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

Procedimento Anterior:

Procedimento Atual:

☐ Ventilação não invasiva:

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☒ Materiais de Alto Custo:

Especificar:

02 Parafusos

Esponjas 3,5

02 Parafusos

Cartilagem 3,5

☐ Medicamentos de alto custo:

☐ Sim

☐ Não

Especificar:

Justificativa do Médico Assistente para o procedimento solicitado:

Paciente com fratura do fêmur
e necessitando de fixação cirúrgica

Data:

12/6/18

Assinatura e Carimbo

Dr. Rocco Meliande Neto
TEO 6433 / CRM 3522

Justificativa do Médico Auditor para autorizar/ou não o procedimento solicitado:

Data:

Assinatura e Carimbo

ARUANA SEGUROS

ANS - n.º 33559-2

gistro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
me: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
Internacao.: 11/06/2018
e: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

Hospital
Unimed

BOLETIM DE SALA

REGISTRO: _____ CLIENTE: _____
CIRURGIA REALIZADA: At cirurgia total. Forno DATA: 12/06/18
CONVÊNIO: _____ TÉRMINO: 20:10
EQUIPE: _____ NOME: _____ CRM: _____ ASSINATURA: _____
CIRURGIÃO: DR. Marcos Nobrega
1º AUXILIAR: DR. _____
2º AUXILIAR: DR. _____
3º AUXILIAR: DR. _____
ANESTESISTA: DR. Fabio Gerson Dr. Fabio Gerson Sa
ENFERMEIRO: Kelly Adriano Médico Anestesiologista
INSTRUMENTADOR: Juarez CRM: RN 5325
CIRCULANTE: _____ CPF: 009.808.194-23

| DESCRIÇÃO | CÓD. | QTDE | DESCRIÇÃO | CÓD. | QTDE | DESCRIÇÃO | CÓD. | QTDE |
|------------------------------|------|------|-------------------------------|------|------|------------------------------------|------|------|
| Algodão ortopédico 15 cm | 97 | | Esparadrapo hiperalérgico | 256 | 20 | Sonda end. c/ balão nº | | |
| Algodão ortopédico 20 cm | 98 | | Espunja (GELFOAM) | 3324 | | Sonda foley 2 vias nº 14 | | 393 |
| Algodão ortopédico 25 cm | 100 | 04 | Extensão de silicone desc. | 2124 | 02 | Sonda foley 2 vias nº 16 | | 394 |
| Agulha de raque desc. nº 27 | 84 | | Extensorfix 120 cm | 267 | | Sonda foley 2 vias nº | | |
| Agulha desc. 13 x 4,5 | 73 | | Extensorfix 60 cm | 272 | | Sonda foley 3 vias nº | | |
| Agulha desc. 25 x 7 | 75 | L | Faixa de SMARCH nº 12 | 2838 | | Sonda gástrica Fouchet | | 2991 |
| Agulha desc. 40 x 12 | 79 | L | Faixa de SMARCH nº 15 | 2839 | 02 | Sonda uretral nº 12 | | 449 |
| Agulha peridural desc. nº 18 | 87 | | Faixa de SMARCH nº 28 | 2840 | | Sonda uretral nº 14 | | 450 |
| Agulha peridural desc. nº 16 | 97 | | Gaze 10 x 10 | 2042 | 30 | Sonda uretral nº | | |
| Agulha raque nº 25 | 82 | | Gaze 7,5 x 7,5 | 205 | | Surgicel | | 281 |
| Agulha raque nº 27 | 84 | 01 | Glutaaldeído 14 dias | 277 | | Tesoura de Ultracisium Ethicon | | 3511 |
| Anel de silastic | 4051 | | Glutaaldeído 20 dias | 278 | | Tomeirinha 3 vias | | 459 |
| Ap. tricotomia desc. | 1254 | | Gorro descartável | 276 | 04 | Touca descartável | | 1280 |
| Atadura de crepon 20 cm | 106 | | Grampeador Endogla | 3508 | | Formol | | 181 |
| Atadura de crepon 30 cm | 108 | | Grampeador Ethicon | 2607 | | Dispositivo P/Lavagem | | 01 |
| Atadura de crepon 15 cm | 105 | | Hidrocolisona 500 mg | 1104 | | | | |
| Azul de metileno | 3069 | | Lâmina de bisturi nº 11 | 288 | | MEDICAMENTOS | | |
| Bolsa de Karaya | 2071 | | Lâmina de bisturi nº 15 | 289 | | ABD 1000 ml | | 1999 |
| Canela dermatográfica | 3545 | | Lâmina de bisturi nº 23 | 293 | 02 | ABD 10 ml | | 1388 |
| Capa de vídeo | 2128 | | Luva cirúrgica est. 6.5 | 2070 | | ABD 500 ml | | 1720 |
| Cargas azuis | 2762 | | Luva cirúrgica est. 7.0 | 295 | | Adalat (NIFEDIPINA) | | 1120 |
| Cargas brancas | 2765 | | Luva cirúrgica est. 7.5 | 296 | 11 | Adrenalina (EPINEFRINA) | | 1166 |
| Cateter epidural nº 18 | 137 | | Luva cirúrgica est. 8.0 | 297 | 11 | Albumina humana | | 1672 |
| Cateter intravenoso nº 18 | 7295 | | Luva cirúrgica est. 8.5 | 4054 | | Antiak (RANITIDINA) | | 1143 |
| Cateter intravenoso nº 20 | 7296 | | Luva de proc. estéril G | 300 | | Atropina (ATROPINA) | | 2576 |
| Cateter intravenoso nº 22 | 7297 | | Luva de proc. estéril M | 298 | | Bextra (PARECOXIB) | | 1447 |
| Cateter P/2 tipo óculos | 181 | | Luva de proc. NÃO estéril | 362 | 08 | Buscopan (ESCOPOLAMINA) | | 1448 |
| Cera para osso | 3290 | | Máscara com tiras | 314 | 05 | Buscopan composto | | 986 |
| Clip p/ bolsa de colostomia | 3420 | | Palito de laranja | 3035 | | Cipro (CIPROFLOXACINA) 400 mg | | 1223 |
| Clorhexidina degermante | 194 | 500 | Perfusor SET 120 cm | 3605 | | Clexane (ENOXAPARINA) 20mg | | 1224 |
| Clorhexidina tópica | 2121 | 500 | Perfusor SET 60 cm | 3604 | | Clexane (ENOXAPARINA) 40mg | | 1177 |
| Coletor de urina aberto | 2169 | | Pemleira grande | 3921 | | Clonidon (CLONIDINA) | | 1093 |
| Coletor de urina fechado | 199 | | Pemleira média | 3644 | | Dolantina (PETIDINA) | | 1359 |
| Compressa cir. 23 x 25 | 120 | | Pemleira pequena | 3922 | | Dormonid 15 mg (MIDAZOLAN) | | 1360 |
| Compressa cir. 45 x 50 | 121 | 50 | Placa de bisturi desc. | 1274 | | Dormonid 50 mg (MIDAZOLAN) | | 1358 |
| Colônides | 208 | | Placa de bisturi desc. CONMED | 5228 | | Dormonid 5 mg (MIDAZOLAN) | | 1167 |
| Dreno de BLAKE nº | | | Polifix 2 vias | 1261 | | Efedrina | | 1537 |
| Dreno de BLAKE nº 19 | 3588 | | PVPI alcóolico | 4585 | | Epilazim (RETINOL) | | 1429 |
| Dreno de BLAKE nº 24 | 3501 | | PVPI degermante | 2041 | | Esmeron 10 mg (ROCURÔNIO) | | 1144 |
| Dreno de KEER nº | | | PVPI tóxico | 2040 | | Femergran (PROMETAZINA) | | 1304 |
| Dreno de PENROSE nº 2 | 210 | | Reservatório 300 ml | 3502 | | Fentanil 0,05 mg/10 ml (FENTALINA) | | 1303 |
| Dreno de sucção nº 3.2 | 227 | | Reservatório tipo péra | 3500 | | Fentanil 0,05 mg/2 ml (FENTALINA) | | 1305 |
| Dreno de sucção nº 4.8 | 228 | | Sapatilha cirúrgica | 1262 | 39 | Fibrase (COLAGENASE) | | 1540 |
| Dreno de sucção nº 6.4 | 229 | | Seringa desc. 10 ml S/A | 347 | 03 | Flagil (METRONIDAZOL) | | 1087 |
| Eletródos desc. Adulto | 231 | 05 | Seringa desc. 1 ml S/A | 339 | | Forane (ISOFLURANO) | | 1285 |
| Enoxiparina 20 mg | 1223 | | Seringa desc. 20 ml S/A | 348 | | Hipnomidate (ETOMIDATO) | | 1124 |
| Equipo Artroscopia | 3398 | | Seringa desc. 3 ml S/A | 345 | 01 | Isordil (ISOSORBIDA) | | 977 |
| Equipo de b. Infusão LIFEMED | 241 | | Seringa desc. 50 ml S/A | 349 | | Kefazol (CEFAZOLINA) | | 976 |
| Equipo macro c/ injetor | 244 | | Seringa desc. 5 ml S/A | 346 | 01 | Kytril (GANICETRONA) | | 1451 |
| Equipo macro-gotas | 247 | | SNG nº | | | Lanexate (FLUMAZENIL) | | 1373 |
| Equipo PVC | 248 | | Sonda de asp. traqueal nº 12 | 355 | | | | |
| Escova de degermação | 2182 | 02 | Sonda de asp. traqueal nº 14 | 256 | | | | |
| Esparadrapo hiperelav | 258 | | Sonda de asp. traqueal nº | | | | | |
| | | | Sonda end. Aramada nº | | | | | |

HU-MOD 007/06



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:15

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906071158296260000042709720

Número do documento: 1906071158296260000042709720

| DESCRIÇÃO | CÓD. | QTDE | DESCRIÇÃO | CÓD. | QTDE | DESCRIÇÃO | CÓD. | QTDE |
|--------------------------------|------|------|---------------------------|----------|------|-----------|------|------|
| Lenexate (FLUMAZENIL) | 1373 | | Catgut cromado nº | | | | | |
| Lasix (FUROSEMIDA) | 1076 | | Catgut simples | | | | | |
| Liquemine (HEPARINA) | 1070 | | Catgut simples | | | | | |
| Marcaína CV (BUPIVACAÍNA) | 1240 | | Catgut simples | | | | | |
| Marcaína pesada (BUPIVACAÍNA) | 1264 | | Ethibond nº | | | | | |
| Marcaína S/V (BUPIVACAÍNA) | 1241 | | Ethibond nº | | | | | |
| Morfina 0,2 mg/ml 1 ml | 1306 | | Ethibond nº | | | | | |
| Morfina 1 mg/ml 1 ml | 1307 | | Fita cardíaca | | | | | |
| Narcan (NALOXANE) | 1374 | | Monocryl nº | | | | | |
| Naropin 10 mg 10 ml | 2048 | | Monocryl nº | | | | | |
| Naropin 10 mg 20 ml | 1250 | | Monocryl nº | | | | | |
| Naropin 7,5 mg 10 ml | | | Nylon nº | | | | | |
| Naropin 7,5 mg 20 ml | 1249 | | Nylon nº 4-0 | | 01 | | | |
| Naropin 2 mg 20 ml | 1258 | | Nylon nº | | | | | |
| Nibium (CISATRAGURIO) 10 mg | 1424 | | PSD | | | | | |
| Nibium (CISATRAGURIO) 2 mg | 1425 | | PSD | | | | | |
| Nistatina | 1781 | | Prolene nº | | | | | |
| Noraadrenalina | 1177 | | Prolene nº | | | | | |
| Novalgina Ingestável | 1216 | | Prolene nº | | | | | |
| Nupercainal (CICHOCAÍNA) | 1243 | | Seda nº | | | | | |
| Selokem (METROPOLOL) | | | Seda nº | | | | | |
| Oximetazolina (AFRN) | 1972 | | Seda nº | | | | | |
| Pantozol | 1415 | | Vicryl nº | | | | | |
| Pavulon (PANCURÔNIO) | 1428 | | Vicryl nº | | | | | |
| Plasil (METOCLOPRAMIDA) | 1454 | | Vicryl nº 2-0 | | 01 | | | |
| Propofol ampola | 1238 | | | | | | | |
| Propofol PSF | 3496 | | EQUIPAMENTOS | | | | | |
| Prostigmina | 1677 | | Arco Cirúrgico | 6001024 | | | | |
| Quelcion 100 mg | 1431 | | Bisturi Elétrico | 6001005 | | | | |
| Quelcion 500 mg | 1430 | | Bisturi Ultracisium | 6001006 | | | | |
| Rapifen (ALFENTANILA) | 1083 | | Cepnógrafo | 6001010 | | | | |
| Revivan (DOPAMINA) | 1168 | | Monitor com PNI | 6001000 | | | | |
| Sovoflurano (SEVORANO) | 1281 | | Oxímetro de pulso | 106 | | | | |
| Solu cofet 100 mg | 1103 | | Videolaparoscopia | 8599002 | | | | |
| Solu cofet 500 mg | 1104 | | | | | | | |
| Solu-medrol 125 mg | 1107 | | GASOTERAPIA | | | | | |
| Solu-medrol 500 mg | 1106 | | Ar comprimido | 5 | | | | |
| Sufenta (SUFENTANILA) | 1228 | | Gás carbônico | 98030108 | | | | |
| Selokem (METROPOLOL) | | | Oxigênio cateter ou másc. | 103 | | | | |
| Thionembutal | 1237 | | Oxigênio sob pressão | 105 | | | | |
| Tilatil (tenoxicam) 20 mg | 1206 | 01 | profusão. esponjoso 03 | | | | | |
| Toradol (CETOROLACO) | 2931 | | | | | | | |
| Tramal 100 mg (TRAMADOL) | 1300 | | | | | | | |
| Tramal 50 mg (TRAMADOL) | 1960 | | | | | | | |
| Trofodermim | 2430 | | | | | | | |
| Unacyn 1,5 g | 963 | | | | | | | |
| Unacyn 3 g | 969 | | | | | | | |
| Valium 10mg | 1367 | | | | | | | |
| Volterem amp. (DICLOF. SÓDICO) | 1213 | | | | | | | |
| Xilocaina 5 ml S/V | 1246 | | | | | | | |
| Xilocaina gel | 1247 | | | | | | | |
| Xilocaina spray | 2035 | | | | | | | |
| Xilocaina 2% C/V 20 ml | 1244 | | | | | | | |
| Xilocaina 2% S/V 20 ml | 2166 | | | | | | | |
| Zofran 4 mg (ONDASETRONA) | 1456 | | | | | | | |
| Zofran 8 mg (ONDASETRONA) | 1457 | | | | | | | |
| SOROS | | | | | | | | |
| Ringer lactado | 532 | | | | | | | |
| Ringer Simples 500 ml | 530 | 02 | | | | | | |
| SF 1000 ml | 1727 | | | | | | | |
| SF 125 ml | 514 | | | | | | | |
| SF 250 ml | 518 | | | | | | | |
| SF 500 ml | 517 | | | | | | | |
| SG 125 ml | 520 | | | | | | | |
| SG 250 ml | 523 | | | | | | | |
| SG 500 ml | 525 | | | | | | | |
| FIOS | | | | | | | | |
| Algodão com Agulha nº | | | | | | | | |
| Algodão com Agulha nº | | | | | | | | |
| Algodão com Agulha nº | | | | | | | | |
| Catgut cromado nº | | | | | | | | |
| Catgut cromado nº | | | | | | | | |

Ivato Kelly da S. Ferreira
 CPF: 044.558.904-ENF
 Enfermeiro (a)



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:15

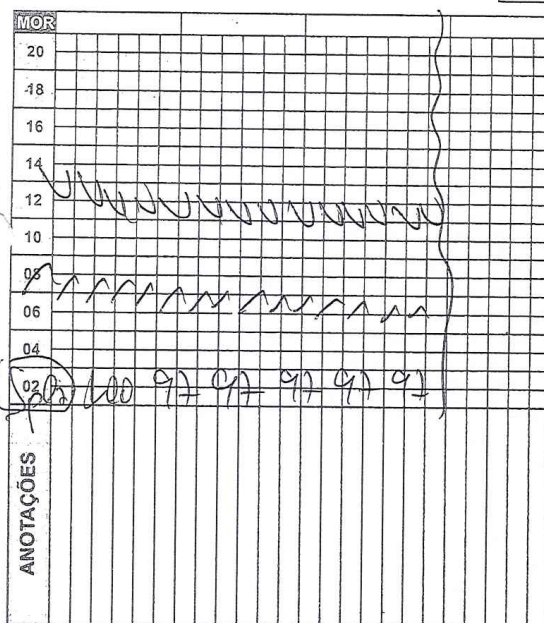
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711582962600000042709720

Número do documento: 19060711582962600000042709720

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 12.00.18

gistro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
me: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
Internacao.: 11/06/2018
ie: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA



GASOTERAPIA

| | | |
|----------------|---------------|----------------|
| OXIGÊNIO: | Início: _____ | Término: _____ |
| OXI. NITROSO: | Início: _____ | Término: _____ |
| NITROGÊNIO: | Início: _____ | Término: _____ |
| GÁS CARBÔNICO: | Início: _____ | Término: _____ |
| AR COMPRIMIDO: | Início: _____ | Término: _____ |

EQUIPAMENTOS

| | | |
|--------------------------|----|-----------------|
| Bomba de Infusão | 23 | |
| Capnógrafo | 24 | ECG II / U1 |
| Monitor com PNI | 25 | |
| Oxímetro de Pulso | 26 | PANI SIS' MJE |
| Bomba Dipfusora | | Oxímetro no MJO |
| Pressão Invasiva | | |
| Craniotomo | | |
| Ultracisón | | |
| Bisturi Elétrico | | |
| Intensificador de Imagem | | |
| Microscópio | | |
| Video | | |
| Sist. Pneumático | | |
| Colchão Térmico | | |
| | | |
| | | |

HU-MOD 022/06

ANESTESIA: TIPO BLOQUEO NEUROAXIAL
TÉCNICA: SUBARACNOIDEA

Início Anestesia: 19:10 Início Cirurgia: 19:15
Fim Anestesia: 20:20 Término Cirurgia: 20:20

| | DROGA USADA | UNID. | QTDE. |
|------|-------------------|-------|-------|
| 01 - | MIDAZOLAM | 15 | 01 |
| 02 - | FENTANIL | 100 | 01 |
| 03 - | RUPRUA CALMA P | 0,5 g | 01 |
| 04 - | ACICLOVIR QUINQUE | 270 | 01 |
| 05 - | MINGER SAMPLEI | 500 | 01 |
| 06 - | CETAZOLINA | 1 | 02 |
| 07 - | DIAMIN OB | 2 | 01 |
| 08 - | DEXIA METALONA | 10 | 01 |
| 09 - | DIPIDONA | 10 | 02 |
| 10 - | TEMA XICAM | 400 | 01 |
| 11 - | | | |
| 12 - | | | |
| 13 - | | | |
| 14 - | | | |
| 15 - | | | |
| 16 - | | | |
| 17 - | | | |
| 18 - | | | |
| 19 - | | | |
| 20 - | | | |
| 21 - | | | |
| 22 - | | | |
| 23 - | | | |
| 24 - | | | |
| 25 - | | | |

ARUANA SEGURADORA
19 OUT 2018

| |
|---------------------------|
| SANGUE / DERIVADOS |
|---------------------------|

Dr. Fábio Gerson Sá
Médico Anestesiologista
CRM: 10.5325
CPF: 009.808.194-23

Assinatura/Carimbo Anestesia

CRM

CPF



CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIA REALIZADA: Amputação Cirúrgica de Mão Traída
 DATA: da 1ª vez INÍCIO: 1ª vez TÉRMINO: 1ª vez

DATA: 11/11/2011 da 1ª vez INÍCIO: 14h30 TÉRMINO: 16h30

| EQUIPE | NOME | CRM |
|----------------|--------------------|------|
| CIRURGIÃO | D. Marcelo V. Rohm | 3522 |
| 1º AUXILIAR | | |
| 2º AUXILIAR | | |
| 3º AUXILIAR | | |
| ANESTESISTA | Fábio Gerson | |
| ENFERMEIRO | Rafael | |
| INSTRUMENTADOR | Adriano | |
| CIRCULANTE | Luiz | |

Dr. Fábio Gerson Sá
Médico Anestesiologista
CRM RN 5325
CPE: 009.808.194-23

Dr. Fábio Gérson Sá
Medico Anestesiologista
CRM RN 5325
CPE: 009.808.194-23

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

JUSTIFICATIVA P/ MATERIAL DE ALTO CUSTO:

POTENCIAL CONTAMINAÇÃO

() Limpa

() Potencialmente Contaminada

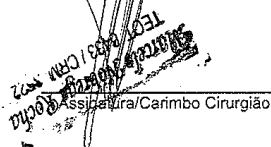
() Contaminada

() Infectada

| CIRURGIA | | TEMPO |
|------------------------|-------------|-------|
| 1 | Pequena | |
| 2 | Média | |
| 3 | Grande | |
| 4 | Simultâneas | |
| Principal e Secundária | | |

Ivana Kelly da S. Ferreira
COREN-BN 736.904-EN

Assinatura/Carimbo Enfermeira



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

Hospital
Unimed

Cirurgia: HTO Caudal

Diagnóstico: FIATNA RORNOLEW

Cirurgião: UNICELMO NOBILIN

Anestesiologista: FABIO GERSON

gistro: 654565 / Num Carteira: 06200300104709/24

Se: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F

Internacao.: 11/06/2018

le: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

| Peso (Kg) | Altura (Cm) | FF | Pulso (bpm) | Temp (Cº) | PA (mmHg) | Jejum (Horas) |
|-----------|-------------|----|-------------|-----------|-----------|---------------|
| 65 | | | | | | |

Avaliação Clínica

| Cardiovascular | Respiratório | Exame Físico |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Valculopatia <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Coronariopatia | <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> ICC | <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> IVAS <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC |

| Neurológico | Gastrointestinal | Laboratório |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Neuropatias <input type="checkbox"/> Déficits | <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Nervoso <input type="checkbox"/> Medo | <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Refluxo <input type="checkbox"/> Hepatite |

| Renal | Hábitos Sociais | Músculo Esquelético | Medicação em uso: |
|---|---|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> Cálculo Renal <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Hérnia Discal <input type="checkbox"/> Músculo Bistrotia <input type="checkbox"/> Escoliose | |

| Hematológico | Endocrino | Alergias | Cirurgias Anteriores |
|--|---|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Transfusões Anteriores | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tireoidopatia | <input checked="" type="checkbox"/> Medicamentosa <input type="checkbox"/> Alimentar <input type="checkbox"/> Látex | Quais? |

Comentários sobre os achados

Avaliação Asa

| | | | |
|---|----|----------|------------|
| I | II | III | IV |
| V | VI | Urgência | Emergência |

Risco Cirúrgico (NYHA)

| | | | |
|---|----|-----|----|
| I | II | III | IV |
| V | VI | | |

Índice de Goldman

| | | | |
|---|----|-----|----|
| I | II | III | IV |
| | | | |

Assinatura do Anestesiologista

CRM

Dr. Fábio Gerson Sá
Médico Anestesiologista
CRM RN 5325
CPF: 009.808.194-23

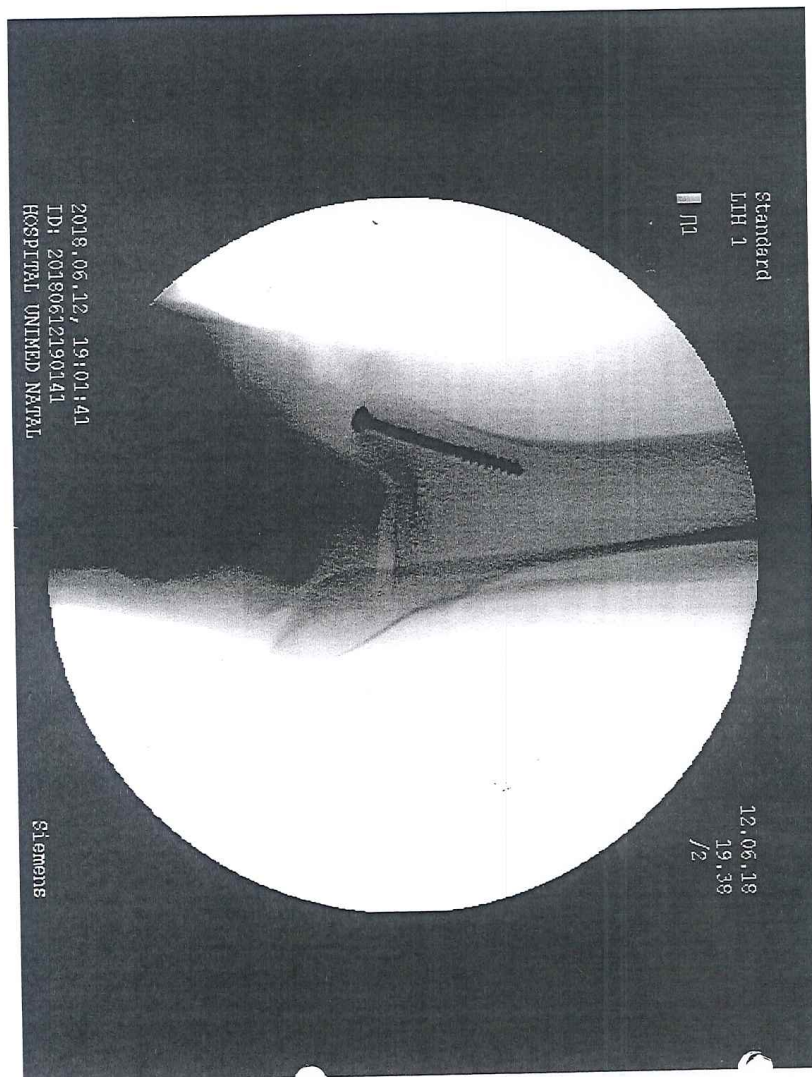


ARUANA SEGURAS
19 OUT 2018

ARUANA SEGURAS
19 OUT 2018

lto: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
x AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
isc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
temaco.: 11/06/2018
QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

Dr. Marcelo
Fatur de Jorginho Caycedo



Hospital

Unimed



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME

Amanda Vivian G. Moura REG.

UNIDADE

LEITO

CONVENIO

ACOMODACAO

DATA DA ADMISSÃO 11/06/18

DIAS DE INTERNAÇÃO

Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030011470924

Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

Dt Nascimento: 19/03/2003 00:00 / Sexo: F

Dt Internacao: 11/06/2018

Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIO

13/6/18

1- Diferença livre

2- SC a 0,9% - 1000 ml IV

3- SC a 5% - 500 ml IV

4- SC a 10% - 200 ml IV

5- SC a 15% - 100 ml IV

6- SC a 20% - 50 ml IV

7- SC a 25% - 25 ml IV

8- SC a 30% - 12,5 ml IV

9- SC a 35% - 6,25 ml IV

10- SC a 40% - 3,125 ml IV

11- SC a 45% - 1,5625 ml IV

12- SC a 50% - 0,78125 ml IV

13- SC a 55% - 0,390625 ml IV

14- SC a 60% - 0,1953125 ml IV

15- SC a 65% - 0,09765625 ml IV

16- SC a 70% - 0,048828125 ml IV

17- SC a 75% - 0,0244140625 ml IV

18- SC a 80% - 0,01220703125 ml IV

19- SC a 85% - 0,006103515625 ml IV

Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:18

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711585434800000042709758

Número do documento: 19060711585434800000042709758

ARUANA SEGURANCA

ARUANA SEGURANCA

19 OUT 2018



Registro: 004000 / Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F

Dt. Internacao.: 11/06/2018

Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA



Hospital
Unimed

Data: / /

FICHA DE MATERIAL

| MEDICAÇÕES INJETÁVEIS | QUANTIDADE | | | HGT/INSUL/MED. SUBC. | QUANTIDADE | | | ASPIRAÇÃO | QUANTIDADE | | |
|--------------------------|--------------|---|---|----------------------|------------|---|---|-----------------------|------------|---|---|
| | M | T | N | | M | T | N | | M | T | N |
| Seringa 3cc | | | | Lanceta | | | | Sonda N° | | | |
| Seringa 5cc | | | | Fita Teste | | | | Máscara Desc. | | | |
| Seringa 10cc | | | | Algodão (bola) | | | | Luva estéril (par) | | | |
| Seringa 20cc | | | | Álcool (5ml) | | | | Gaze (p. c/ 10) | | | |
| Agulha 13x4,5 | | | | Luva proc. (par) | | | | SF 0,9% 100 ml | | | |
| Agulha 25x7 | | | | Seringa 1cc | | | | Transfix | | | |
| Agulha 40x12 | | | | Agulha 13 x 4,5 | | | | SONDAS | QUANTIDADE | | |
| Equipo Macro. | | | | PUNÇÃO VEN./SHV | QUANTIDADE | | | | Sonda N° | M | T |
| Equipo de BIC | | | | | M | T | N | Máscara | | | |
| Equipo Foto BIC | | | | Jelco N° | | | | Gaze (p. c/ 10) | | | |
| MEDICAÇÕES POR SONDA | QUANTIDADE | | | Scalp N° | | | | Luva estéril (par) | | | |
| | M | T | N | Algodão (bola) | | | | Xylestesin gel (5gr) | | | |
| | | | | Álcool (5ml) | | | | Seringa 20cc | | | |
| Seringa 20cc | | | | Micropore. (cm) | | | | ABD (20ml) | | | |
| Luva proc. (par) | | | | Luva proc. (par) | | | | Coletor fechado | | | |
| BANHO HIGIENE ORAL | QUANTIDADE | | | Equipo macro. | | | | Coletor aberto | | | |
| | M | T | N | Equipo BIC | | | | Clorex. Degerm. | | | |
| | | | | Polifix 2 vias | | | | Micropore (cm) | | | |
| Compressa | | | | Luva Estéril (par) | | | | Transfix | | | |
| Gaze | | | | Torneirinha | | | | Clorex. Aquosa | | | |
| Luva proc. (par) | | | | PUNÇÃO CTI | QUANTIDADE | | | SAL/HID/ HEP.CATETER | QUANTIDADE | | |
| Clorexidina (5ml) | | | | | M | T | N | | M | T | N |
| Clorexidina Deg. (100ml) | | | | SF 0,9% 10ml | | | | SF 0,9% (10ml) | | | |
| TÓPICOS | QUANTIDADE | | | ABD 20ml | | | | ABD (10ml) | | | |
| | M | T | N | Agulha Cytocan n° | | | | Heparina (5ml) | | | |
| | | | | Máscara Desc. | | | | Seringa 10cc | | | |
| CURATIVO GTM/TOT/TQT | QUANTIDADE | | | Luva estéril (par) | | | | Seringa 3cc | | | |
| | M | T | N | Gaze (p. c/ 10) | | | | Agulha 40x12 | | | |
| | | | | Micropore (cm) | | | | Luva Proc. (par) | | | |
| Máscara Desc. | | | | Seringa 3cc | | | | Luva Estéril (par) | | | |
| Luva Estéril (par) | | | | Clorex. 0,5% (5ml) | | | | OUTROS | QUANTIDADE | | |
| Gaze (pct c/ 10) | | | | Heparina 5ml | | | | | M | T | N |
| SF 0,9% (100 ml) | | | | SELO D'AGUA | QUANTIDADE | | | Cateter 02 | | | |
| Cadarmo (cm) | | | | | M | T | N | | ABD 250ml | | |
| opore (cm) | | | | Luva estéril (par) | | | | Filtro Bacteriológico | | | |
| INTUBAÇÃO/VM. | QUANTIDADE | | | Máscara Desc. | | | | Equipó p/ dieta | | | |
| | M | T | N | Transfix (unid) | | | | Atadura (10cm) | | | |
| | | | | Álcool 70% (5ml) | | | | Atadura (15cm) | | | |
| Seringa 20cc | | | | S.F. 0,9% 500ml | | | | Algodão ortopédico | | | |
| Xylestesin gel (10gr) | | | | DISPOS. URIN. | QUANTIDADE | | | Disp. de Acesso | | | |
| Gaze (p. c/ 10) | | | | | M | T | N | Fechado intravenoso | | | |
| Luva estéril (par) | | | | Preservativo masc. | | | | Transfix | | | |
| Cadarmo (cm) | | | | Coletor aberto | | | | Touca descartável | | | |
| Equipo Macro | | | | Micropore (cm) | | | | QUANTIDADE | QUANTIDADE | | |
| ABD 500ml | | | | Luva Proc. (par) | | | | | M | T | N |
| LAVAGEM INTEST | QUANTIDADE | | | MTZ CARDÍACA | QUANTIDADE | | | | QUANTIDADE | | |
| | M | T | N | | M | T | N | | M | T | N |
| | Equipo Macro | | | | Eletródos | | | | | | |
| Xylestesin gel (10gr) | | | | | | | | | | | |
| Luva Proc. (par) | | | | | | | | | | | |
| Micropore (cm) | | | | | | | | | | | |
| Máscara Desc. | | | | | | | | | | | |

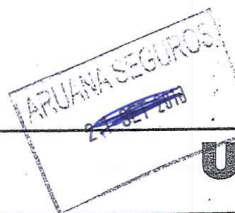
ARQUIVO SEGURADO

19 OUT 2018

ARUANA SEGUROS
19 OUT 2018

EQUIPE

| MANHÃ | TARDE |
|---------------------|---------------------|
| <i>[Assinatura]</i> | <i>[Assinatura]</i> |



EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Registro: 554555 / Num Carteira: 0620030010470924
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
Dt. Internação: 11/06/2018
Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

11/6/18
Paciente internada com
lesões do fungos e
Solicitei exame pré-operatório.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
TEOT 8433 / CRM 3522

ARUANA SEGURODORA
19-OUT-2018

12/6/18
Paciente submetida ao tra-
tamento cirúrgico em fungos e
em intercorrência.

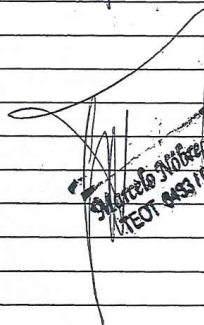
[Handwritten signature]
Marcelo Nobrega Rocha
TEOT 8433 / CRM 3522

13/6/18
Paciente evolui apneia e com
dores no fungos e no 1º DPO.
Conduta mantida.

[Handwritten signature]
Marcelo Nobrega Rocha
TEOT 8433 / CRM 3522



19/6/18
Paciente evoluiu com
algum melhora clínica
Alta Hospitalar


Marcelo Nobrega Rocha
MEOT 043/CRM 332



Placa de Bisturi: 5m

Eletrodos: 5m

Horário do início do garroteamento: 19:20

Horário do término do garroteamento: _____

Tricotomia: ☐ Não ☐ Sim

Local: ☐ Unidade de Internação ☐ Sala Operatória ☐ Domicílio ☐ > 2 horas

Material Utilizado: ☐ Aparelho Barbeador ☐ Tricotomyizador ☐ Outros - Qual? _____

Preparo pela: ☒ Degermação ☒ Clorexidine ☐ PVPI ☐ Outros - Qual? _____

Anti-sepsia: ☒ Clorexidine ☐ PVPI ☐ Outros - Qual? _____

Manta Térmica: ☐ Superior ☐ Inferior ☐ Corpo Inteiro

Colchão Térmico: ☒ Não ☐ Sim

Protetor Térmico: ☒ Não ☐ Sim

☐ Bisturi Argônico ☐ Garrote Pneumático ☐ Bisturi Valleylab ☐ CEC

☐ Motor Pneumático ☐ Ultrassom ☐ Microscópio

Laser: _____

☐ Histeroflator ☐ Sonosurg ☐ Video

RELATÓRIO TRANS-OPERATÓRIO

Data: 12/06/18 Hora início: _____

Anestesia: ☐ Geral Inalatória ☐ Geral Venosa ☐ Sedação ☐ Local ☐ Peridural ☒ Raqui ☐ Bloqueio: _____

IOT: ☒ Não ☐ Sim - cânula n° _____ IOT amado: ☐ Não ☐ Sim - n° _____

AVP: ☐ Não ☒ Sim: _____, Jelco n° 20 por No 1/11/18 Dissecção Venosa: ☐ Não ☐ Sim Por: _____

AVC: ☒ Não ☐ Sim _____, por _____ Instalada PAI ☐ Não ☐ Sim Por: _____

VC: ☒ Não ☐ Sim por _____ Cateter O²: ☐ Não ☐ Sim SNG: ☐ Não ☐ Sim N° _____ SNE: ☐ Não ☐ Sim

SVD: ☒ Não ☐ Sim N° _____ Efetuado por: _____

Intercorrências: _____

Posicionamento: ☒ Dorsal ☐ Lateral direito ☐ Lateral esquerdo ☐ Litotomia ☐ Fowler ☐ Semi-fowler ☐ Semi-ginecológico

☐ Ventral ☐ Trendelenburg ☐ SIMS

Placa de Bisturi: ☒ Não ☐ Sim Local: _____

Medicações administradas no intra-operatório (Hora: 19:30 h) Administrado cefazolona 1g

FD + Dipirone 1g 02 Amp. + Dexametazone 0,4 ampola +

Paroxetina 1mg 01 Flc + Diamim 0,6 01 ampola sup

analgesia

Intercorrências: _____

ARUANA SEGURADORA
19 OUT 2018

ARUANA SEGURADORA
19 OUT 2018



| | | |
|------------------------|------------------------|------------------------------|
| HOSPITAL UNIMED NATAL | CIRURGIÃO REALIZADA: | Fratura de tórax 2º Esquerda |
| CIRURGIÃO REALIZADA: | INÍCIO DA ANESTESIA: | 19.10 |
| INÍCIO DA ANESTESIA: | INÍCIO DA INCISÃO: | 19.15 |
| INÍCIO DA INCISÃO: | FECHAMENTO DA INCISÃO: | 20.10 |
| FECHAMENTO DA INCISÃO: | TERMINO DA ANESTESIA: | 20.10 |
| TERMINO DA ANESTESIA: | TIPO DE ANESTESIA: | Raque (27 spinocan) |
| TIPO DE ANESTESIA: | CIRURGIÃO: | Marcelo Nobrega |
| CIRURGIÃO: | 1º AUXILIAR: | |
| 1º AUXILIAR: | 2º AUXILIAR: | |
| 2º AUXILIAR: | ANESTESISTA: | João Fabio Genton |
| ANESTESISTA: | PERIÓDICA: | |
| PERIÓDICA: | INSTRUMENTADOR: | Adriano |
| INSTRUMENTADOR: | CIRCULANTE: | Wesley |
| CIRCULANTE: | | |

20:00 Saída encaminhada para a RFA aos efeitos de
ter o ruído na H variase consequentemente, reduzido o ambiente
e não colares com mais entalado sem deixar -

| Hora | Temperatura | FC | SPO ₂ | PA | PAI | PVC |
|-------|-------------|----|------------------|----------|-----|-----|
| 09.00 | 36 | 78 | 100 | 116 x 49 | - | - |
| - | - | 78 | 100 | 109 x 47 | - | - |

CHECK OUT

Contagem de Compressas N° entregues: 120 APH 112 N° Conferidas: 120 APH 112

- ☐ Peça Cirúrgica para anatomia patológica ☐ Sim. ☒ Não
☐ Identificação da peça com etiqueta do paciente
☒ Quantidade de peças: _____ Especificação da peça: _____
☐ Eventos prevenidos com TIME OUT _____
☐ Houve algum problema com equipamentos? ☐ Sim ☒ Não ☐ Quais? _____
☐ Houve algum EAS relacionado ao procedimento cirúrgico? _____ Foi notificado? ☒ Não ☐ Sim

Paciente encaminhado para: ☒ SRPA ☐ UTI ☐ Unidade de Internação ☐ Residência

ENCAMINHAMENTO PARA A SRPA

CONDICÕES DE ADMISSÃO DO PACIENTE - ANESTESIA: ☐ Geral Venosa ☐ Geral Inalatória ☐ Geral Combinada (V+I) ☐ Peridural c/ Cateter

Anestesista: ☐ Peridural sem Cateter ☐ Raqui ☐ Bloqueio ☐ Sedação ☐ Local

Oxigenoterapia: ☐ Ar Ambiente ☐ MV _____% ☐ Cateter O₂ ☐ TQT ☐ Outros

Monitorização: ☐ ECG ☐ Oximetria ☐ PA ☐ PA invasiva ☐ PVC Hora Instalado ____:____h Hora Desligado ____:____h

Drênos/Cânulas: _____ ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Nasoenteral ☐ Sonda Vesical ☐ Guedel n° _____ ☐ Penrose Látex☐ Penrose Silicone ☐ Nelaton ☐ Torax ☐ TOT n° _____ ☐ Sucção ☐ Outros: _____

Nível de Consciência: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado

| BALANÇO GERAL | INFUDIDO | | | | | ELIMINADO | | | |
|---------------|----------|---------|-----------------|--------|-----------|------------------|-----|---------|---------|
| Hora | Oral | SNG/SNE | Soro | Sangue | Medicação | Drenos | SNG | Diurese | Vômitos |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | Total Infudido: | | | Total eliminado: | | Débito: | |

VALORES DO ÍNDICE DE ALDRETE - KROULIK

| Atividade | Respiração | Circulação | Consciência | Saturação |
|--|--|---|--|---|
| 2: Movimento voluntário de todas as extremidades 1: Movimento voluntário de duas extremidades apenas 0: Incapacidade de se mover | 2: Respiração profunda e tosse 1: Dispnéia, hipoventilação 0: Apnéia | 2: PA entre 140x90mmhg e 90x60mmhg 1: PA Sistólica: Acima de 145mmhg com/ou Diastólica acima de 105mmhg 0: PA igual ou inferior a 89x55mmhg | 2: Totalmente esperto 1: Desperta quando chamado 0: Não responde | 2: Capaz de manter em ar ambiente Sat O ₂ > 92% 1: Necessidade de suplementação de oxigênio para manter Sat O ₂ > 92% 0: Sat O ₂ < 90% apesar da suplementação de oxigênio |

3




| ÍNDICE DE ALDRETE - KROULIP | | | | | | | | | | |
|---|-------|--|------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------|---------|---------|---------|
| | Hora | Consciência | Respiração | Satur. O ² | Circulação | Atividade | ! A.K | | | |
| ADM | 21:30 | 02 | 02 | 02 | 01 | 02 | 08 | | | |
| 30 min | 21:00 | 02 | 02 | 02 | 02 | 01 | 09 | | | |
| 60 min | 22:00 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 10 | | | |
| 120 min | | | | | | | | | | |
| | Hora | 0' | 15 min | 30 min | 45 min | 1 hora | 1h30m | 2 horas | 3 horas | 4 horas |
| PA | | 114X62 | 114X62 | 114X60 | 114X60 | 110X60 | 107X60 | 107X60 | | |
| Temperatura | | 36°C | 36°C | 36°C | 36°C | 35.7°C | 36°C | 36°C | | |
| FC | | 73 | 73 | 71 | 70 | 70 | 73 | 73 | | |
| FR | | 15 | 15 | — | — | — | — | — | | |
| SPO ² | | 99% | 99% | 100% | 98% | 99% | 100% | 100% | | |
| CHECK OUT - SRPA | | | | | | | | | | |
| Dreno: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | ① Tipo: _____ | | | Local: _____ | | | | | |
| | | ② Tipo: _____ | | | Local: _____ | | | | | |
| Cirurgia foi realizada a proposta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se não, checar solicitação) <input type="checkbox"/> Sondas, drenos e infusões Identificados | | | | | | | | | | |
| Encaminhado: <input type="checkbox"/> Residência <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI - Encaminhado por: _____ Data: 12/06/18 Hora: 22:30 | | | | | | | | | | |
| CHECK OUT - SRPA (OBSTETRICIA) | | | | | | | | | | |
| Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesariana | | Sexo: () F () M | | | Nascimento às _____ h | | | | | |
| Assistido pelo (a) Pediatra: _____ Aspiaração de VAS com sonda traqueal n° _____ | | | | | | | | | | |
| Utilizado O ² : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Encaminhado ao: <input type="checkbox"/> Berçário <input type="checkbox"/> UTI Neonatal <input type="checkbox"/> SVO | | | | | | | | |
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | | | | | | | | | | |
| CARIMBO | | | | | | | | | | |
| <p>Do 22:30 hs paciente encaminhado para quarto em de bom conhecimento, orientado MVP, MIE imobilizado. Tempo 6 pelo, se que os cuidados do equipe de enfermagem e aux de transporte.</p> | | | | | | | | | | |
| <p><i>Aurineide Silva C. Martins</i> COREN-RN 331697-TE</p> | | | | | | | | | | |
| <p><i>ARUANA SEGURADORA</i> 19 OUT 2018</p> | | | | | | | | | | |
| <p><i>ARUANA SEGURO</i></p> | | | | | | | | | | |
| <p>Trasferido por: <i>Aurineide Silva C. Martins</i> Hora: 22:30 Assinatura do Enfermeiro (a): _____</p> | | | | | | | | | | |




Registro: 854565 / Num Carteira: 05200300104/0924
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
DT Nasc: 16/03/2000 / Sexo: F
Dt Internacao: 11/05/2018
Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

[illegible]

HLL MOD 013016

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|--|--|
|  | | Registro Diário de Enfermagem | | Ito 05/08/2015 / Num Caratela: 062003010470924 AVANÇADA VIANE GOMES MOURA Insc: 01/09/2003 00 / Sexo F Inscricao: 11/06/08 00 QUERIDA GOMES DA SILVA MOURA | |
| DATA: 12.06.15 LERTO: 12.06.15 | | SETOR: 300 | | ISOLAMENTO | |
| ALERGIAS: Amoxycilina | | <input type="checkbox"/> Vigilância | | <input type="checkbox"/> Contato | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | <input type="checkbox"/> Protetor | | <input type="checkbox"/> Respiratório | |
| Consciência | | M | | T | |
| Orientado | | N | | N | |
| Desorientado | | M | | T | |
| Torporoso | | N | | N | |
| Vig | | M | | T | |
| ACESAO VASCULAR | | M | | T | |
| Ductos Secais / Diarreico | | N | | N | |
| Cabelos Tostados Impurificados | | M | | T | |
| Acesso Venoso Periférico - Local: | | N | | N | |
| SISTEMA VENTILADO | | M | | T | |
| Data de Puncção: | | Data de Troca: | | N | |
| CONTROLE DE INFUSÃO | | M | | T | |
| Hidratação Venosa - ml/h - BIC | | N | | N | |
| Hidratação Venosa - ml/g - g/100ml | | M | | T | |
| ELIMINAÇÃO VESICAL | | M | | T | |
| ESPONTÂNEA (N) WC / () FRALDÃO | | N | | N | |
| SONDAS VESICAIS DE ALVO / DEMORA | | M | | T | |
| DISSPOSITIVO URINÁRIO | | N | | N | |
| ELIMINAÇÃO INTESTINAL | | M | | T | |
| ESPONTÂNEA (N) WC / () FRALDÃO | | N | | N | |
| COLORITIA | | M | | T | |
| LERSTOMA | | N | | N | |
| HIGIENE | | M | | T | |
| ORAL () COLÚSTRIO () GLOMERULADA / AQUOSA | | N | | N | |
| BANDO () LERTO () TOLÉRADA () SEM AIDA | | M | | T | |
| CONTROLE GLUCÊMICO | | N | | N | |
| HORA | | M | | T | |
| HGT (mg/dl) | | N | | N | |
| INSULINA | | M | | T | |
| GLUCOSE | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| PRE | | N | | N | |
| DREN | | M | | T | |
| EQUIPAMENTO | | N | | N | |
| MOC | | M | | T | |
| PNI | | N | | N | |
| OXÍMETRO | | M | | T | |
| SONDAS DE SUGIR | | N | | N | |
| IPUVLICAO DA DIETA | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |
| INICIAS | | N | | N | |
| INICIAS | | M | | T | |


[illegible]

| | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
|  | | Registro Diário de Enfermagem | | g/s: 05/2002 / Num. Cente: 0620020070024 me: AMANDA VIVIAN DOMES MOURA vnc: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F m/nascimento: 11/06/2018 e: CUBERA GOMES DA SILVA MOURA | | 21 SET 2003 | |
| | | | | DATA <u>18/09/18</u> HETOR: <u>120</u> LEITO: <u>106</u> | | | |
| ALERGIAS: | | | | <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | ISOLAMENTO | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | OXIGENOTERAPIA | |
| Consciência | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Desnudo | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Desnudo | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Torção | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Vigi | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| ACESSO VASCULAR | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | NUTRIÇÃO | |
| Cateter Central / Desobstru | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Cateter Totalmente Implantado | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Acesso Vascular Periférico - Local: <u>106</u> | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Sistema Venoso / Data de Parada: | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| CONTROLE DE INFUSÃO | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Hidratação Venosa (ml/h - g/L) | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Hidratação Venosa (g/L) | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| ELIMINAÇÃO VESICAL | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| ESPONTÂNEA (WC /) FRALDÃO | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| Sonda Vesical de ALVO / DEMORA | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| SISTEMA VESICAL / DEMORA | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| ELIMINAÇÃO INTESITAL | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| BIPONTAXE (WC /) FRALDÃO | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| OCLUSÃO | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| ELETRODA | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| HIGIENE | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| ORAL () COLUTORIO () CLORHEXIDINA ALCOOL | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| BANHO () LEITO () () COM ALJUA () SEM ALJUA | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| CONTROLE GLICÊMICO | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| HORA HOT (mg/L) INSULINA GLICOSE INÍCIAS | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| HORA HOT (mg/L) INSULINA GLICOSE INÍCIAS | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| HORA HOT (mg/L) INSULINA GLICOSE INÍCIAS | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N | |
| HORA HOT (mg/L) INSULINA GLICOSE INÍCIAS | | | | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Proctól <input type="checkbox"/> Respiratório | | <input type="checkbox"/> M | |



| DATA | HORA | ANOTAÇÕES DE ENFERMEIAGEM | CARIMBO / COMEN |
|---------------|-------|---|--|
| 21/06 2018 | 22:40 | Realizei o exame do e.c. após realizar procedimentos higiênicos na hl e com febre de 38,2 graus com sinais vitais normais | IVYLLI RODRIGUES GONZ LUSIA Nº 427.334 - TE |
| 13/06 | 06:00 | Realizei novamente um exame de febre na hl, sem febre e com sinais vitais da equipe | IVYLLI RODRIGUES GONZ LUSIA Nº 427.334 - TE |

[illegible]



de 558688 / N° PLAN: 02603001704702

Registro Diário de 19/03/2005 00:00 | Rev F

de Enfermagem de 11/08/2004

JULIANA GOMES DA SILVA MOURA

19-3

DATA: 19/03/2005 SETOR: JICA

LEITO: 16-2

ALERGIAS:

| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | M | T | N |
|----------------------|---|---|---|
| Consciente | | | |
| Orientado | | | |
| Desorientado | | | |
| Torporoso | | | |
| Vigi | | | |

ACESSO VASCULAR

| | M | T | N |
|----------------------------------|---|---|---|
| Cateter Central | | | |
| Cateter Torácico Intercostal | | | |
| Acesso Venoso Periférico - Local | | | |

SISTEMA VENOSO

| | Data de Funcion. | Data de Fim de |
|--------------------------------|------------------|----------------|
| CONTROLE DE INFUSÃO | | |
| Hidratação Venosa (ml - 8h) | | |
| Hidratação Venosa (24 g/24h) | | |

ELIMINAÇÃO VESICAL

| | M | T | N |
|------------------------------------|---|---|---|
| ESPONTÂNEA (VHC /) FRALDÃO | | | |
| SONDA VESICAL DE ALUMINIO / DEMORA | | | |
| DISSPOSITIVO URETRAL | | | |
| ELIMINAÇÃO INTESITINAL | | | |
| ESPONTÂNEA (VHC /) FRALDÃO | | | |
| COLOSTOMIA | | | |
| LEOSTOMA | | | |

PREVENÇÃO DE RISCOS

| | M | T | N |
|-------------------|---|---|---|
| QUEDA | | | |
| LESÃO POR PRESSÃO | | | |
| CONJUNÇÃO | | | |

CURATIVOS

| | LOCAL | M | T | N |
|------------------------|-------|---|---|---|
| CATETER CENTRAL / CCI | | | | |
| CATETER DE HEMODIÁLISE | | | | |
| GASTROSTOMIA | | | | |
| LEOSTOMIA | | | | |
| TRACOSTOMIA | | | | |
| LESÃO POR PRESSÃO | | | | |
| CONJUNÇÃO | | | | |
| LESÃO POR PRESSÃO | | | | |
| CIRURGIA | | | | |
| DRENOS | | | | |
| REBEN | | | | |

EQUIPAMENTO

| | INICIAIS | EQUIPAMENTO | INICIAIS |
|------------------|----------|---------------|----------|
| Vol | | Capnógrafo | |
| Pne | | Máscara Prov. | |
| OXÍMETRO | | Polarígrafo | |
| Bomba de Siringa | | | |

EVOLUÇÃO DA RIETA

| | INICIAIS |
|--|----------|
| | |

INÍCIO **TERMINO**

NOME COMPLETO

Carimbo: CORRENTE

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]


INICIAIS

INICIAIS

| Unimed A PRA | | Registro Diário de Enfermagem | | Nome: QUEIROZ GOMES DA SILVA MOURA Data Nasc.: 14/06/2018 Mãe: QUEIROZ GOMES DA SILVA MOURA | |
|--|---|---|--|--|--|
| DATA: 14.06.18 | | SETOR: 1º andar | | | |
| LEITO: | | | | Isolamento <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Protetor <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> | |
| ALERGIAS: | | | | Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| Nível de Consciência | | | | | |
| Sonolento <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Vígil <input type="checkbox"/> | | M <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Acesso Venoso Central <input type="checkbox"/> Clavicular <input type="checkbox"/> Acesso Venoso Periférico - Local <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | Nutrição <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| SISTEMA VENOSO | | Data de Purga: / / Data de Troca: / / | | | |
| CURRICULO DE INFUSÃO | | M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | |
| Hidratação Venosa (ml/h - S/C) <input checked="" type="checkbox"/> Hidratação Venosa (Z/L g/min) <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | |
| ELIMINAÇÃO VESICAL ESPONTÂNEA: D/E/C/U () FRALDÃO <input type="checkbox"/> SONDAGEM VESICAL: DE ALVO / DEMORA <input type="checkbox"/> URINÓTIPO: BLENDO <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | |
| ELIMINAÇÃO INTESTINAL ESPONTÂNEA: () WC () FRALDÃO <input type="checkbox"/> COLÓCUTÂNEA <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | |
| HIGIENE UNAL <input checked="" type="checkbox"/> SUTURA <input type="checkbox"/> () GLOBOCULADA / GLOBA <input type="checkbox"/> () LOCAL / ALTA <input type="checkbox"/> () SEM ALTA <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | |
| CONTROLE GLICÊMICO | | M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | |
| HORA INÍCIO FIM | HOT (mg/dL) INSULINA GLICOSE INÍCIAS | M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| INÍCIO FIM | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | EQUIPAMENTO M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |
| IN | | | | | |



[illegible]



Registro 65496 / N.º Cartão 056/0001472004

Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

DT. Nac.: 16/03/2003 00:00 / Sexo: F

DT. Internação: 11/08/2018

Mae: QUEBIA GOMES DA SILVA MOURA

140404155000

21 SET 2018

Nome: Isabella

Diagnóstico: Fratura de rádio do carpo

Idade: 5

Sexo: F

Profissão: Modelista

Religioso: Católico

Estado Civil: Solteira

Endereço: Av. ...

Cidade: ...

UF: ...

CEP: ...

Nome do Médico: Dr. Marcelo

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

DATA: 12 de 08

LEITO: 10

DIAS DE INTERNAÇÃO: ...

☐ FATOR DE RISCO DE ENFERMAGEM

☐ RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

☐ ORIENTADO

☐ DUELA

☐ SEQUE

☐ CÓDIGO AMARELO

☐ CILINDRO / PÓRTO SEGURO

☐ TISS 18

☐ TRANSPORTE

☐ CHECK LIST INSERÇÃO AVC

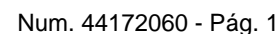
☐ ADMISSÃO MULTICIDRUPINAR

☐ ENCAMINHAMENTO MULTICIDRUPINAR

☐ VIGILÂNCIA TRANSFUSIONAL

PROTÓCOLOS INSTITUCIONAIS

| ANAMNESE | | | | CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | |
|--------------------------------|----------|----------|----------|---|----------|----------|----------|
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | RÚSPAO | | | |
| CONSCIENTE | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | HIDRATAÇÃO (VELOCIDADE) | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ORIENTADO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | DIETA ENTERAL (VAZÃO) | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| DESORIENTADO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | NUTRIÇÃO PARENTERAL (VAZÃO) | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| VIA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | ORAL | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| TÓSSO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | <input type="checkbox"/> RECONCILIAÇÃO V.O. X DIA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| APTOSSO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | <input type="checkbox"/> NÃO LEITO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| REGIÃO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | BLANDO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| OXIGENOTERAPIA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | ABDOMEN | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| CATERETER CATETER NASAL | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | PLACADO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| BRINP | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | TRINAPADO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| REINFLAÇÃO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | ASISTIDO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ASPIRAÇÃO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | SOCCOSO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| TRINQUESTOMIA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | DISTENDIDO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| VNA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | DOR A PALPAÇÃO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ACESSO VENOSO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | PROFILAXIA DE TVE | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| CATERETER CENTRAL / DISSECAÇÃO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | DEMBLADO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| CATERETER TOTALMENTE INFLADO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | COMPLICAÇÃO PREVENIDA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ACESSO PERIFÉRICO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | PREVENÇÃO DE QUEDA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| JELCO BALINTADO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | GRUPOS BACTERIAIS | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| DIETOTERAPIA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | RESTRITO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| DIETOTERAPIA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ULCERAS | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | MUDANÇA DE DECÚBITO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| JELUM | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | MASAGEM DE CONFIORTE | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ULCERA NABOASTRICA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | PROTEGER PROFISSIONAIS | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ULCERA GASTROENTERAL | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | COLÁGIO DE SAI | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ULCERA GASTROENTERAL | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | CURATIVOS | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ACESSO CENTRAL | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | CATERETER GASTRO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| TRÓCA DE SISTEMA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | CATERETER TRANSORAL | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ELIMINAÇÃO VERGAL | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | CATERETER HEMORRÓIDAL | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| ESPONTÂNEA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | GASTROSTOMIA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| FRALDA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | TRUQUINOTOMIA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| BONDA VERGAL ALVIO / DIENORA | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | CURATIVO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |
| SUPORTE OCLINADO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> | DRENADO | <u>U</u> | <u>T</u> | <u>N</u> |



270 Maria Brigida C. Lemos
COREN-RN-374.478-ENS

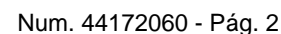
[Handwritten notes on lined paper:]

conduite
te, d'ulte
xoxo
Entre L'Amazone et l'Arctique
Continentales 1980-1985

[Circular stamp:]
MONTAGNE DE LA VILLE DE CHATELAIN
CHATELAIN 1917-1918

ARQUIVADO
21 SET 2018

ARJUNA SECURITIES
21 SET 2018



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Dt. Nasco.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
Dt. Internação.: 11/06/2018
Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

**DADOS PESSOAIS**

Nome: Amanda Vivian Gomes Moura Idade: 15a Sexo: F FIA: _____
Estado civil: Solteira Ocupação: estudante Religião: evangélica
Endereço: Rua dos Imigrantes 228 b- Urbidade Parnaramim
Telefone: 201075061996824537 Pessoa significativa: Mãe
Peso: 65 Kg Estatura: 1,63

DADOS DO INTERNAMENTO

Diagnóstico médico: Fratura Tíbiozula esquerda
Cirurgias realizadas: Apêndicetomia
Data de admissão: 11/06/2018

INFORMACOES A RESPEITO DA DOENÇA

Dados da história clínica: Polisão moto/moto, nega perda de consciência, realizou exames de imagem + avaliação da ortopedia, constatado fratura de tíbiozula esquerda.

Conhecimento da doença: () Sim (X) Não

Medicamentos que utiliza: _____

Médicos assistentes: Dr. Marcelo Nômura

Antecedentes patológicos: () Diabetes () Hipertensão () Outros: _____
() Cardiopatia () Artrite

Alergias: Medicamentosa: Amoxicilina Alimentar: negar

HABITOS

Sono / Repouso: sem alterações

Atividade física: sim, negar

Alimentar: negar

Eliminações: Urinária preservado Intestinal: preservado

Tabagismo: () Sim (X) Não

Etilismo: () Sim (X) Não

HU MOD. 016/06

ARQUIVADA
21 SET 2018



EXAMES FÍSICOS

1. Nível de consciência: _____

2. Cabeça e Pescoço:

Couro cabeludo: ☒ Sem alterações ☐ Alterado _____
Olhos: ☒ Sem alterações ☐ Alterado _____
Nariz: ☒ Sem alterações ☐ Alterado _____
Boca: ☒ Sem alterações ☐ Alterado _____
Ouvido: ☒ Sem alterações ☐ Alterado _____
Pescoço: ☒ Sem alterações ☐ Alterado _____

3. Sinais Vitais:

P: _____ () Rítmico () Arritmico () Cheio () Filiforme

R: _____ () Eupnéico () Dispneico.

P A: BD _____ BE _____ Outros _____ T: _____

Dor: () Sim () Não local _____ Intensidade _____ (Escala de Eva)

4. Tórax

Cardíaca / Precórdio: _____

Pulmonar:

Ausculta pulmonar: MV ☒ Normais () Diminuídos _____

() Roncos _____ () Sibilos _____ () Creptos _____

Tosse: () Sim _____ ☒ Não

5. Abdome:

☒ Plano ☒ Flácido () Distendido () Globoso () Ascítico

() Rígido () Doloroso à palpação () Timpânico

RHA: (+) (-) (Φ) (Θ)

6. Membros Superiores / Membros Inferiores (mencionar membro afetado):

☒ Força Normal () Plegia () Paresia () Flexão patológica

() Edema () Extensão patológica () Outras Alterações _____

7. Pele e Mucosa:

Higiene: Preservada, íntegra Integridade: normal

☒ Hidratado () Desidratado () Corado () Descorado

Outras Alterações: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Assinatura/carimbo _____


ROCCO MELIANDE NETO
COREN-RN-472.472 - ENF

Data: 11 / 06 / 2018



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:20

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060712022607600000042710000>

Número do documento: 19060712022607600000042710000

COMUNICADO IMPORTANTE

NATAL, 11 de Junho de 2018

Prezados (as) senhores (as),

A diretoria do Hospital Unimed Natal alerta aos pacientes, familiares, visitantes, médicos e colaboradores para a prática ilícita de abordagens por telefone que requeiram quaisquer tipos de informações, principalmente no que se refere a depósitos ou transferência bancária para qualquer finalidade, relacionada ao tratamento médico de pacientes em internação.

Reiteramos que o Hospital Unimed Natal atende exclusivamente aos pacientes beneficiários do sistema Unimed e que não é de procedimento da unidade fornecer ou solicitar informações por telefone sobre o detalhamento assistencial de seus pacientes.

O pagamento de procedimentos não cobertos, quaisquer que sejam e se necessários, serão conduzidos presencialmente por meio da diretoria do Hospital.

Atenciosamente,
Dr. Marcos Antônio Tavares Jácome da Costa Britto
Superintendente de Recursos Hospitalares

K. Alesio Gomes

Bruna Alexandra
Recepção
Hospital



Hospital Unimed

Relatório de Movimentação por Solicitação - Baixa de Estoque

Paciente: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA Convênio: UNIMED NATAL
 Reg./Pront.: 654565 / ? Unidade: UNIDADE INTERNACAO 1 ANDAR* Leito: 119B - ENF
 Solicitação: 118.324407 Data: 12/06/2018 19:01 Solicitante: SHEILAC
 Setor: CENTRO CIRURGICO OS:

| Horário | Código | Descrição | Lote | Solic. | Atend. | Devolução |
|---------------------------------------|----------|--|-------------------------------|--------|--------|------------------|
| Setor de Aplic.: CCO CENTRO CIRURGICO | | | | | | |
| Data: | 12/06/18 | Subalmoxarifado: FARM CENT CIRURG | | | | Usuário: SHEILAC |
| 19:01 | 22990 | AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 C/ DISPOSITIVO | | 2 | 2 UND | _____ |
| 19:01 | 15762 | AGULHA DESCARTAVEL P/ ASPIRAÇÃO 25 X 12 | | 1 | 1 UND | _____ |
| 19:01 | 84 | AGULHA DESCARTAVEL P/ RAQUI 27G | | 1 | 1 UND | _____ |
| 19:01 | 1264 | BUPIVACAINA PESADA 0,5% 4ML (CONTROLADO) | 17118933 Valid: 30/11/2019 | 1 | 1 AMP | _____ |
| 19:01 | 977 | CEFALOTINA 1G | 100189S Valid: 30/04/2020 | 2 | 2 FA | _____ |
| 19:01 | 10501 | CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML SISTEMA FECH | | 1 | 1 FR | _____ |
| 19:01 | 1093 | DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML | 5198184 Valid: 31/12/2019 | 1 | 1 FA | _____ |
| 19:01 | 1465 | DIMENIDRIN.+PIRIDOX.+GLIC+FRUTO 10ML | 11438746 Valid: 31/12/2019 | 1 | 1 AMP | _____ |
| 19:01 | 1210 | DIPIRONA SODICA 1G 500MG/ML 2ML | 26583211 Valid: 30/06/2019 | 2 | 2 AMP | _____ |
| 19:01 | 10489 | DISPOSITIVO P/ LAVAGEM SISTEMA FECHADO | | 1 | 1 UND | _____ |
| 19:01 | 231 | ELETRODO DESCARTAVEL ADULTO 3M 2223 | | 5 | 5 UND | _____ |
| 19:01 | 1303 | FENTANILA 0,05MG/ML 2ML EMBALAGEM ESTERIL (CONTROLADO) | 18030025 Valid: 30/03/2020 | 1 | 1 AMP | _____ |
| 19:01 | 7987 | LAMINA DE BISTURI CARBONADA N° 23 | | 2 | 2 UND | _____ |
| 19:01 | 296 | LUVA CIRURGICA ESTERIL N° 7,5 | | 3 | 3 PAR | _____ |
| 19:01 | 297 | LUVA CIRURGICA ESTERIL N° 8,0 | | 3 | 3 PAR | _____ |
| 19:01 | 1359 | MIDAZOLAM 15MG/3ML (CONTROLADO) | 1805195 Valid: 29/02/2020 | 1 | 1 AMP | _____ |
| 19:01 | 2344 | MONONYLON 4-0 45CM AG26MM 1/2 (15502T) | | 1 | 1 ENV | _____ |
| 19:01 | 18570 | PLACA DE BISTURI S/ CABO B.BRAUN | | 1 | 1 UND | _____ |
| 19:01 | 10496 | RINGER SIMPLES 500ML SISTEMA FECHADO | | 2 | 2 FR | _____ |
| 19:01 | 345 | SERINGA DESC S/ AGULHA 03ML C/ ROSCA | | 1 | 1 UND | _____ |
| 19:01 | 346 | SERINGA DESC S/ AGULHA 05ML C/ ROSCA | | 1 | 1 UND | _____ |
| 19:01 | 347 | SERINGA DESC S/ AGULHA 10ML C/ ROSCA | | 1 | 1 UND | _____ |
| 19:01 | 1207 | TENOXICAM 40MG | 1730593 Valid: 30/09/2019 | 1 | 1 FA | _____ |
| 19:01 | 21590 | VICRYL 2-0 AG 3,5 1/2 CIL (VCP323H) PLUS | | 1 | 1 ENV | _____ |

Declaro ter recebido os itens contidos nesta solicitação, lacrados sem nenhum tipo de violação e em perfeitas condições de uso.
 Recebido: _____

MedicWare - 12/06/2018 22:02 (U2/ESTOQU.067) (U1867/ESTOQU.310)

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:22
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711592326900000042709798>
 Número do documento: 19060711592326900000042709798

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
AV. ANTÔNIO BASÍLIO, 3598 - LAGOA NOVA - NATAL/RN - CEP:59054-380

TERMO DE RESPONSABILIDADE HOSPITALAR

CONTRATANTE: Sr(a). QUESIA GOMES DA SILVA MOURA
RG nº: 1210188
Endereço:
Fone: 84-20107506

CPF nº: 91532043449
Cidade:
Parentesco: MAE

PACIENTE: Sr(a). AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
RG nº: 2663570
Endereço: R JOSE DE OLIVEIRA NETO,228
Bairro: LIBERDADE
CEP: 59000-000

CPF nº: 114.159.814-00
Cidade: PARNAMIRIM-RN
Fone: 8420107506

1) O RESPONSÁVEL fica ciente que a utilização de materiais e medicamentos não reembolsáveis pelo convênio, bem assim, como a internação em acomodações diversas daquela autorizada pelo convênio médico pagador, obriga o responsável pelo (a) paciente ao pagamento das despesas acrescidas.

2) (os, a, as) RESPONSÁVEL (EIS) declara (m) assumir, neste ato e em caráter principal e solidário com o (a) próprio (a) paciente, a obrigação de pagar todas as diárias de internação, materiais, medicamentos, diárias de U.T.I. e taxas de utilização de sala cirúrgica, gastos de telefonemas locais, celulares, interurbanos e internacionais, despesas decorrentes dos serviços de atendimento diagnóstico e tratamento médico - hospitalares necessários e indispensáveis, incluindo medicamentos, materiais e serviços que forem fornecidos por terceiros e que, a critério médico, forem imprescindíveis para o sucesso do tratamento indicado.

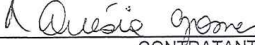
3) Fica ciente ainda o responsável que caso o pagamento das contas não sejam autorizados pelo convênio médico indicado pelo (a) paciente ou seus familiares, e tratando-se de internação de prazo longo e indeterminado, fica estabelecido que o Hospital Unimed emitirá e apresentará notas fiscais sempre que as despesas hospitalares atingirem o valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais), bem como respectivas faturas e duplicatas de serviços, para que o (os, a, as) RESPONSÁVEL (EIS) faça (m) os pagamentos dos valores em débito existentes na conta corrente hospitalar do (a) paciente, ajustando as partes contratantes que, nessa hipótese, as quantias apuradas tenham o seu vencimento fixado sempre que atingir o valor supracitado até o final da alta médica. Ocorrendo a hipótese de falta de pagamento na forma ajustada nesta cláusula, incidirá multa de 10% (dez por cento) sobre a quantia total vencida, mais juros de mora à razão de 1% (um por cento) ao mês, correção monetária segundo os índices oficiais que vêm sendo adotados pelo Poder Judiciário do Estado e, em caso de procedimento judicial, mais custas processuais e honorários advocatícios que forem arbitrados em Juízo.

4) Fica (m) ciente (s) o (os, a, as) responsável (eis), que o Hospital Unimed Natal, não se responsabiliza por quaisquer bens ou objetos pessoais que porventura adentrem ou sejam deixados, esquecidos em nossas dependências. Ficam, portanto, os mesmos sob a responsabilidade de quem estiver portando-os.

5) O (os, a, as) RESPONSÁVEL (EIS) confirma (m) que lhe(s) foi oferecida uma cópia do regulamento interno do Hospital Unimed, declarando outrossim ser do seu inteiro conhecimento todas as normas e condições pré-estabelecidas que se referem à internação do (a) paciente, ao comportamento dos acompanhantes, à conduta dos parentes e visitantes e ao cumprimento de horários, enquanto dentro do estabelecimento hospitalar.

6) As partes elegem o foro da comarca de Natal, estado do Rio Grande do Norte, para nele dirimir eventuais dúvidas ou litígios que surgirem da interpretação das cláusulas constantes deste instrumento, correndo por conta da parte vencedora as custas processuais e os honorários advocatícios que forem despendidos pela parte vencedora.

O presente instrumento é assinado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via para cada uma das partes contratantes.


CONTRATANTE

CONTRATADO

Testemunhas:

Nome:
RG:
CPF:

Nome:
RG:
CPF:

OBS.: Rubricar Todas as Páginas.

NATAL, 11 de Junho de 2018



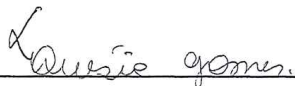
TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO INFORMADO

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) **MARCELO NOBREGA ROCHA** sobre o (s) procedimento (s) **LUXACAO DO TORNOZELO -TRATAMENTO CIRURGICO LESAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO-TRATAMENTO CIRURGICOUR**, a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido **AMANDA VIVIAN GOMES MOURA**, do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, inclusive transfusão de sangue.

Declaro também que fui informado (a) da proposta do procedimento anestésico a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos inerentes, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente, bem como os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento pode não se limitar ao **LUXACAO DO TORNOZELO -TRATAMENTO CIRURGICO LESAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO-TRATAMENTO CIRURGICOUR**, sendo que poderei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

ATUAL, 11 de Junho de 2018



AMANDA VIVIAN GOMES MOURA - Paciente

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

Documento de Identidade

Testemunha

Testemunha



Check list de Alta Hospital

Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924

Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

Dt. Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F

Dt. Internacao.: 11/06/2018

Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

alta 14/06

Paciente esteve:

() Centro Cirúrgico () Centro Obstétrico () Hemodinâmica (X) Unidade Internação 1º
() Unidade Internação 2º () UTI Adulto () UTI Neonatal () UTI Pediátrica

| Item | Sim | Não | Não se aplica |
|---|-----|-----|---------------|
| Folha de rosto | X | () | () |
| Termo de responsabilidade | () | () | X |
| Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) | () | () | X |
| Declaração de Nascido Vivo / Óbito - Certidão de Óbito | () | () | X |
| Prescrição médica e Plano Terapêutico | X | () | () |
| Prescrição de dieta | () | () | X |
| Evolução médica / diarista | X | () | () |
| Evolução de Enfermagem / SAE | X | () | () |
| Evolução Nutrição | () | () | X |
| Evolução Farmácia | () | () | X |
| Evolução Fisioterapia | () | () | X |
| Evolução Fonoaudiólogo | () | () | X |
| Registro Técnico de Enfermagem | X | () | () |
| Gráfico SSVV | X | () | () |
| Check list Cirurgia Segura | X | () | () |
| Boletim cirúrgico / Partograma | () | () | X |
| Folha de oxigênio | () | () | X |
| Curativos | () | () | X |
| Exames laboratoriais | X | () | () |
| Exames SADT | () | () | X |
| Controle de hemoderivados | () | () | X |
| Protocolos | X | () | () |
| Termo e Declarações (solicitação Alto Custo/Parecer Médico) | X | | |

Entrega: 15/06/18

Andson Roman

18/06


Assinatura Responsável pelo Recebimento



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:24

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711594640300000042709818>

Número do documento: 19060711594640300000042709818

| | | |
|---|--|-----------------------|
|  | FORMULÁRIO DO SGQ | NºDoc: FORM - 45/2013 |
| | Referência: Check-list do Protocolo de Queda | Versão: 2 |
| | Área: Hospital Unimed Natal | Data: 09/04/2015 |
| | Responsável: Gerência de Enfermagem | Página: 1 |

CHECK-LIST DO PROTOCOLO DE QUEDA

tro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
 x: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
 isc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
 ternacao.: 11/06/2018
 QUESIA GOMES DA SILVA MOURA



| PROTOCOLO DE QUEDA | | |
|---|--|--|
| FATORES DE RISCO | IDENTIFICAÇÃO | RECOMENDAÇÕES |
| <input type="checkbox"/> Idade >75 anos <input type="checkbox"/> Idade ≥60 anos <input type="checkbox"/> História prévia de quedas <input checked="" type="checkbox"/> Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha <input type="checkbox"/> Incontinência ou urgência miccional <input type="checkbox"/> Déficit sensitivo (visão, tato, audição) <input type="checkbox"/> AVC prévio <input type="checkbox"/> Alto Risco • Idade ≥75 anos • 4 ou mais itens marcados • Queda anterior | Risco de QUEDA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <ul style="list-style-type: none"> • Manter grades do leito elevadas; • Manter campainha próxima as mãos; • Manter luz da cabeceira acesa; • Presença de acompanhante na acomodação; • Solicitar auxílio ao levantar e caminhar; • Manter a cama com rodas travadas • Não deixar os pacientes sozinhos no banheiro; • Orientar o acompanhante a solicitar ajuda da enfermagem. |

Natal, 12/06/18

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE RISCO DE QUEDA

Eu, _____
☐ Paciente ☐ Acompanhante ☐ Cuidador

Declaro que recebi o folheto de Orientações para o Risco de Queda e comprometo-me a seguir as instruções contidas no mesmo.

Quésia Gomes da S. Moura
 Assinatura do Orientado

[Assinatura]
 Assinatura do Orientador (carimbar)



Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA
Convênio: UNIMED NATAL
Unidade: GERENCIAMENTO DE LEITOS
Leito: VI RES-41
Admissão: 11/06/18 17:14
Diag.: S82 - FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

Idade: 15 anos
Dt. Nasc: 18/03/2003 00:00
Reg.: 654565
Prontuário:

1 dia(s) de internação

12/06/2018 06:56

Horários de Aplicação

1) DIETA
LIVRE

2) CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML SISTEMA FECHADO Uso: 2;
FR, EV 24 em 24 horas

3) GLICOSE 5% 500 ML SISTEMA FECHADO Uso: 1, FR, EV 24
em 24 horas

4) TENOXICAN 20MG FA Uso: 1, FA, EV 12 em 12 horas
RECONSTITUIR COM 2ML DE ABD. ADMINISTRAR SEM
DILUIÇÃO. (A DILUIÇÃO DIMINUI A POTÊNCIA ANALGÉSICA)

5) DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML Uso: 1, AMP, EV 6 em 6
horas
DILUIR EM 8 ML DE ABD (CHECAR ALERGIA)

6) SSVV

7) ALERGICA AMOXICILINA

CERAZOLINA 4 + 12ml 100, IV, q16h

DORAMID 80 + 500mg. 25ml, IV, q18h

Dr(a):

CRM:

SSVV + CCAQ

Dr. Marcelo F. de Rego Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15522

Dr. Fábio Gerson Sá
Médico Anestesiologista
CRM - RN 5325
CPF 009.808.194-23

Wanessa Gomes dos Campos
COREN-RN 15522

Pixeon - 12/06/2018 07:01 (U2679/ASSIST.783) / (DWO:121)

Página: 1 / 1

Maria Regina C. Lemos
COREN-RN-374.478-ENF

05. 829283

Hospital

Unimed

REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Reg.:

Nome:

Amanda Vivian G. Moura

() UTI:

Setor: () PA

() UDT

() Internação/leito

Pronto Atendimento

☒ Hemograma

() VHS

() Sumário de urina

☒ Uréia☒ Creatinina

() Sódio

☒ Potássio

() Cálcio

() Magnésio

() B-HCG

() Gasometria

() CPK

() CK-MB

() Troponina

() Mioglobina

() TGO

() TGP

() BT. Frações

() Amilase

() DHL

() Eritograma

() Plaquetas

() Hematócrito

☒ TAP☒ TPA

() Lactato

() Gama-GT

() Fosfatase alcalina

☒ Glicose

() D-Dímero

Outros

Indicação clínica:

Marcelo Nogueira Rocha
TEOT 4437 / CRM 3522

Data:

11/6/18

Assinatura/carimbo do
médico solicitante1ª VIA - PRONTUÁRIO
2ª VIA - LABORATÓRIO

HU-MOD 048/06



Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA Idade: 15 anos
Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA Dt. Nasc: 18/03/2003 00:00
Convênio: UNIMED NATAL Reg.: 654565 Prontoário:
Unidade: UNIDADE INTERNACAO 1 ANDAR*
Leito: 119B - ENF
Admissão: 11/06/18 17:14 2 dia(s) de internação
Diag.: S82 - FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

| 13/06/2018 07:00 | Solic. (Estoque): 118.324748 | Horários de Aplicação | 3522 |
|---|------------------------------|-----------------------|------|
| 1) DIETA LIVRE | | D1 (SND) | |
| 2) CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML SISTEMA FECHADO Uso: 2, FRASCO, via endovenosa, 24 em 24 horas. | | D1 (1) | |
| 3) GLICOSE 5% 500 ML SISTEMA FECHADO Uso: 1, FRASCO, via endovenosa, 24 em 24 horas. | | D1 (1) | |
| 4) CEFAZOLINA 1G Uso: 1, FRASCO AMPOLA, via endovenosa, 6 em 6 horas Em bolus. DILUIR EM 10ML ABD (INÍCIO: 12/06/2018) (TÉRMINO:) | | D0 (1) | |
| ATENÇÃO! ESTE MEDICAMENTO PODE FAVORECER A DIMINUIÇÃO DA SÍNTESE DE VITAMINA K. | | | |
| 5) TENOXICAN 20MG FA Uso: 1, FRASCO AMPOLA, via endovenosa, 12 em 12 horas. RECONSTITUIR COM 2ML DE ABD. ADMINISTRAR SEM DILUIÇÃO. (A DILUIÇÃO DIMINUI A POTÊNCIA ANALGÉSICA) | | D1 (10, 12) | |
| 6) DAPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML Uso: 1, AMPOLA, via endovenosa, 6 em 6 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD (CHECAR ALERGIA) | | D1 (10, 12) | |
| 7) DIMENIDRINATO+PIRIDOXINA+GLIC+FRUTOSE 10ML Uso: 1, AMPOLA, via endovenosa, 8 em 8 horas Em 30 min de infusão. EM 250 ML SFO,9% | | D0 (10, 12) | |
| 8) SSVV | | D1 (SSVV) | |
| 9) ALERGICA AMOXICILINA | | D1 (ATENÇÃO) | |
| 10) CUIDADOS GERAIS, | | D0 (ROTINA) | |

Dr(a) MARCELO NOBREGA ROCHA
CRM 3522

Marcelo Nobrega Rocha
RPT 6483 / CRM 3522

Ana Paula Pedros
COREN - RJ 184634 - E

Marcelo Nobrega Rocha
RPT 6483 / CRM 3522

Wanessa Gomes dos Campos
COREN - RJ 241.772 - ENF



Data: 13/06/2018

Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924

Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

Dt Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F

Dt Internação: 11/06/2018

Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

| MEDICAÇÕES INJETÁVEIS | QUANTIDADE | | | HGT/INSUL./MED. SUBC. | FIC | SONDAS | QUANTIDADE | | |
|--------------------------|------------|---|---|-----------------------|-----|--------------------|------------|---|---|
| | M | T | N | | | | M | T | N |
| Seringa 3cc | | | | Lanceta | | Sonda N°: | | | |
| Seringa 5cc | | | | Fita teste | | Máscara Desc. | | | |
| Seringa 10cc | 1 | 1 | | Algodão (bola) | 11 | Luva estéril (par) | | | |
| Seringa 20cc | | | | Álcool (5ml) | | Gaze (p. c/10) | | | |
| Agulha 13 x 4,5 | | | | Luva proc. (par) | | SF 0,9% 100 ml | | | |
| Agulha 25 x 7 | | | | Seringa 1cc | | Transofix | | | |
| Agulha 40x12 | 1 | 1 | | Agulha 13 x 4,5 | | | | | |
| Equipo Macro. | | | | PUNÇÃO VEN./SHV | | QUANTIDADE | | | |
| Equipo de BIC | | | | | M | T | N | | |
| Equipo Foto BIC | | | | Jelco N°: | | | 6 | | |
| MEDICAÇÕES POR SONDA | | | | Scalp N°: | | | | | |
| Seringa 20cc | | | | Algodão (bola) | | | | | |
| Luva proc. (par) | | | | Álcool (5ml) | | | | | |
| | | | | Micropore (cm) | | | | | |
| | | | | Luva proc. (par) | | | | | |
| HIGIENE | | | | Equipo Macro. | | | | | |
| Compressa | | | | Equipo BIC | | | | | |
| Gaze | | | | Polifix 2 vias | | | | | |
| Luva proc. (par) | | | | Luva Estéril (par) | | | | | |
| Clorexidina (5ml) | | | | Torneirinha | | | | | |
| Clorexidina Deg. (100ml) | | | | | | | | | |
| | | | | PUNÇÃO CTI | | | | | |
| | | | | SF 0,9% 10ml | | | | | |
| Dermidoux (5cc) | | | | ABD 20ml | | | | | |
| Repari gel (5cc) | | | | Agulha Cytocan n.º | | | | | |
| Dersani (10ml) | | | | Máscara Desc. | | | | | |
| CURATIVO | | | | Luva estéril (par) | | | | | |
| 3TM/TOT/TQT | | | | Gaze (p.c/10) | | | | | |
| Máscara Desc. | | | | Micropore (cm) | | | | | |
| Luva Estéril (par) | | | | Seringa 3cc | | | | | |
| Gaze (pct c/10) | | | | Agulha 40x12 | | | | | |
| SF 0,9% (100 ml) | | | | Clorex. 0,5% (5 ml) | | | | | |
| Adarço (cm) | | | | Heparina 5ml | | | | | |
| Micropore (cm) | | | | SELO D'AGUA | | | | | |
| NTUBAÇÃO/ | | | | QUANTIDADE | | | | | |
| M | | | | M | T | N | | | |
| OT N°: | | | | Luva Estéril (par) | | | | | |
| Seringa 20cc | | | | Máscara Desc. | | | | | |
| Xylestesin gel (10cc) | | | | Transofix (unid) | | | | | |
| Gaze (p. c/10) | | | | Álcool 70% (5ml) | | | | | |
| Luva estéril (par) | | | | S.F. 0,9% 500ml | | | | | |
| Adarço (cm) | | | | DISPOS. URIN. | | | | | |
| QUIPO MACRO. | | | | QUANTIDADE | | | | | |
| BD 500 ML. | | | | M | T | N | | | |
| LAVAGEM | | | | Preservativo masc. | | | | | |
| INTEST | | | | Coletor aberto | | | | | |
| quipo macro | | | | Micropore (cm) | | | | | |
| Xylestesin gel (10cc) | | | | Luva Proc.(par) | | | | | |
| Luva proc.(par) | | | | MTZ CARDIACA | | | | | |
| Micropore (cm) | | | | QUANTIDADE | | | | | |
| Máscara Desc. | | | | M | T | N | | | |
| | | | | Eletródos | | | | | |

8

NOITE

Enfermeiro



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:25

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060712001083200000042709845

Número do documento: 19060712001083200000042709845

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA Idade: 15 anos
Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA Dt. Nasc: 18/03/2003 00:00
Convênio: UNIMED NATAL Reg.: 654565 Prontuário:
Unidade: UNIDADE INTERNACAO 1 ANDAR*
Leito: 119B - ENF
Admissão: 11/06/18 17:14 3 dia(s) de internação
Diag.: S82 - FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

| 14/06/2018 07:00 | Solic. (Estoque): 118.326661 | Horários de Aplicação | 3522 |
|---|------------------------------|-----------------------|------|
| 1) DIETA LIVRE | | D2 (SND) | |
| 2) CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML SISTEMA FECHADO Uso: 2, FRASCO, via endovenosa, 24 em 24 horas. | | D2 (3°) | |
| 3) GLICOSE 5% 500 ML SISTEMA FECHADO Uso: 1, FRASCO, via endovenosa, 24 em 24 horas. | | D2 () | |
| 4) CEFAZOLINA 1G Uso: 1, FRASCO AMPOLA, via endovenosa, 6 em 6 horas Em bolus. DILUIR EM 10ML ABD (INÍCIO: 12/06/2018) (TÉRMINO:) | | D1 14:20; 02 | |
| ATENÇÃO! ESTE MEDICAMENTO PODE FAVORECER A DIMINUIÇÃO DA SÍNTESE DE VITAMINA K. | | | |
| 5) TENOXICAN 20MG FA Uso: 1, FRASCO AMPOLA, via endovenosa, 12 em 12 horas. RECONSTITUIR COM 2ML DE ABD. ADMINISTRAR SEM DILUIÇÃO. (A DILUIÇÃO DIMINUI A POTÊNCIA ANALGÉSICA) | | D2 08:20 | |
| 6) DIFIRONA SODICA 500MG/ML 2ML Uso: 1, AMPOLA, via endovenosa, 6 em 6 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD (CHECAR ALERGIA) | | D2 08:20; 02 | |
| 7) DIMENIDRINATO+PIRIDOXINA+GLIC+FRUTOSE 10ML Uso: 1, AMPOLA, via endovenosa, 8 em 8 horas Em 30 min de infusão. EM 250 ML SFO,9% | | D1 08:20; 04 | |
| 8) SSVV | | D2 (ROTINA) | |
| 9) ALERGICA AMOXICILINA | | D2 (ATENÇÃO) | |
| 10) CUIDADOS GERAIS, | | D1 (ROTINA) | |

frasco *ampolas* *PS*
frasco *Enfermagem* *de*
Adfe *Hospitalar* *Unimed*
Dr(a) MARCELO NOBREGA ROCHA
CRM 3522

Marcelo Nobrega Rocha
CRM 3522

Ana Paula Araújo de Souza
Nutricionista
CRN/RN 16659

Elisica L. Guimarães da C. Araújo
Coven-RN-429.608-571

MA
SOLUÇÕES
SOLUÇÕES



Data: 14/06/18

Hospital
Unimed

| FICHA DE MATERIAL | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|------------|---|---------------------|-----------------------|---|------------|-------------------------------------|---------|-----------|---|------------|---|---|---|
| MEDICAÇÕES INJETÁVEIS | | QUANTIDADE | | | HGT/INSUL./MED. SUBC. | | QUANTIDADE | | | ASPIRAÇÃO | | QUANTIDADE | | | |
| | M | T | N | | M | T | N | | M | T | N | | M | T | N |
| Seringa 3cc | | | | Lanceta | | | | Sonda N°: | | | | | | | |
| Seringa 5cc | | | | Fita teste | | | | Máscara Desc. | | | | | | | |
| Seringa 10cc | | | | Algodão (bola) | | | | Luva estéril (par) | | | | | | | |
| Seringa 20cc | | | | Álcool (5ml) | | | | Gaze (p. c/10) | | | | | | | |
| Agulha 13 x 4,5 | | | | Luva proc.(par) | | | | SF 0,9% 100 ml | | | | | | | |
| Agulha 25 x 7 | | | | Seringa 1cc | | | | Transofix | | | | | | | |
| Agulha 40x12 | | | | Agulha 13 x 4,5 | | | | | | | | | | | |
| Equipo Macro. | | | | PUNÇÃO VEN./SHV | | | | SONDAS | | | | | | | |
| Equipo de BIC | | | | | M | T | N | Sonda N°: | | | | | | | |
| Equipo Foto BIC | | | | Jelco N°: | | | | 6 | Máscara | | | | | | |
| MEDICAÇÕES POR Sonda | | | | Scalp N°: | | | | Gaze (p. c/10) | | | | | | | |
| Seringa 20cc | | | | Algodão (bola) | | | | Luva estéril (par) | | | | | | | |
| Luva proc. (par) | | | | Álcool (5ml) | | | | Xylestin gel (5gr) | | | | | | | |
| HIGIENE | | | | Micropore (cm) | | | | Seringa 20cc | | | | | | | |
| Compressa | | | | Luva proc. (par) | | | | ABD (20ml) | | | | | | | |
| Gaze | | | | Equipo Macro. | | | | Coletor fechado | | | | | | | |
| Luva proc. (par) | | | | Equipo BIC | | | | Coletor aberto | | | | | | | |
| Clorexina 5ml | | | | Polifix 2 vias | | | | Clorex. Degerm. 15ml | | | | | | | |
| Clorexina Deg. 100ml | | | | Luva Estéril (par) | | | | Micropore (cm) | | | | | | | |
| | | | | Torneirinha | | | | Transofix | | | | | | | |
| | | | | PUNÇÃO CTI | | | | Clorex. Aquosa | | | | | | | |
| | | | | | M | T | N | | | | | | | | |
| Dermidex 5ml | | | | SF 0,9% 10ml | | | | SAL/HID/HEP.CATÉTER | | | | | | | |
| Repanti gel 5ml | | | | ABD 20ml | | | | M | T | N | | | | | |
| Dersani (10ml) | | | | Agulha Cytocan n.º | | | | SF 0,9% (10ml) | | | | | | | |
| CURATIVO | | | | Máscara Desc. | | | | ABD (10ml) | | | | | | | |
| 3TM/TOT/TQT | | | | Luva estéril (par) | | | | Heparina (5ml) | | | | | | | |
| Máscara Desc. | | | | Gaze (p.c/10) | | | | Seringa 10cc | | | | | | | |
| Luva estéril (par) | | | | Micropore (cm) | | | | Seringa 3cc | | | | | | | |
| Gaze (p.c/10) | | | | Seringa 3cc | | | | Agulha 40x12 | | | | | | | |
| SF 0,9% (100 ml) | | | | Clorex. 0,5% (5 ml) | | | | Luva proc. (par) | | | | | | | |
| Adarço (cm) | | | | Heparina 5ml | | | | Luva Estéril (par) | | | | | | | |
| Micropore (cm) | | | | SELO D'AGUA | | | | OUTROS | | | | | | | |
| VTUBAÇÃO/IV | | | | | M | T | N | | | | | | | | |
| M | | | | Luva Estéril (par) | | | | Cateter 02 | | | | | | | |
| OT N°: | | | | Máscara Desc. | | | | ABD 250ml | | | | | | | |
| Seringa 20cc | | | | Transofix (unid) | | | | Filtro Bacteriológico | | | | | | | |
| Xylestin gel 10ml | | | | Álcool 70% (5ml) | | | | Equipo p/ dieta | | | | | | | |
| Gaze (p. c/10) | | | | S.F. 0,9% 500ml | | | | Atadura (10cm) | | | | | | | |
| Luva estéril (par) | | | | DISPOS. URIN. | | | | Atadura (15cm) | | | | | | | |
| Adarço (cm) | | | | | M | T | N | Algodão ortopédico | | | | | | | |
| Equipo MACRO. | | | | Preservativo masc. | | | | Disp. de Acesso Fechado Intravenoso | | | | | | | |
| BD 500 ML. | | | | Coletor aberto | | | | Transofix | | | | | | | |
| LAVAGEM INTEST | | | | Micropore (cm) | | | | Touca descartável | | | | | | | |
| Equipo macro Xylestin gel 10ml | | | | Luva Proc.(par) | | | | | | | | | | | |
| Luva proc.(par) | | | | MTZ CARDÍACA | | | | | | | | | | | |
| Micropore (cm) | | | | | M | T | N | | | | | | | | |
| Máscara Desc. | | | | Eletródos | | | | | | | | | | | |

MANHÃ

NOITE

Enfermeiro



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:25

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060712001083200000042709845

Número do documento: 19060712001083200000042709845

Num. 44172137 - Pág. 5

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE TEV - CIRÚRGICO

| <input type="checkbox"/> Cirurgia de risco alto | <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia de portes médio e alto | <input type="checkbox"/> Cirurgia de pequeno porte com duração < 60 min e internação < 2 dias | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|--|--------------------------|---------------|------------|---------------------|------------|---------------|------------------|-----------------|-------------|-------------|-----|----------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Artroplastia de quadril <input type="checkbox"/> Artroplastia de joelho <input type="checkbox"/> Fratura de quadril <input type="checkbox"/> Oncológica curativa <input type="checkbox"/> Trauma raquimedular <input type="checkbox"/> Politrauma | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> >60 anos <input checked="" type="checkbox"/> 40 a 60 anos <input checked="" type="checkbox"/> <40 anos </div> <div> Risco p/ TEV* <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO </div> <div> Risco p/ TEV* <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO </div> </div> | <input type="checkbox"/> Endoscopia <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Superficial (mama, dermatológica, plástica) Outra: ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RISCO ALTO | <input checked="" type="checkbox"/> RISCO INTERMEDIÁRIO | <input type="checkbox"/> RISCO BAIXO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contra-indicação impede profilaxia medicamentosa? <input type="checkbox"/> Sangramento ativo <input type="checkbox"/> Úlcera péptica ativa <input type="checkbox"/> HAS não controlada (>180/110mmHg) <input type="checkbox"/> Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5) <input type="checkbox"/> Alergia ou plaquetopenia por heparina <input type="checkbox"/> Em uso de anticoagulante | <input type="checkbox"/> Estimular a deambulação precoce <input type="checkbox"/> Fisioterapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | Métodos Mecânicos <input type="checkbox"/> Meia Elástica de Comp. Gradual <input type="checkbox"/> Comp. Pneumática Intermitente <input type="checkbox"/> Bota Plantar <input type="checkbox"/> Fisioterapia Motora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tromboprofilaxia | <input type="checkbox"/> Paciente com idade >80 anos ou com disfunção renal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Profilaxia Recomendada</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Risco Alto</th> <th>Risco Intermediário</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Heparina</td> <td>40mg 1x/dia</td> <td>20mg 1x/dia</td> </tr> <tr> <td>Enoxoparina</td> <td>40mg 1x/dia</td> <td>20mg 1x/dia</td> </tr> <tr> <td>HNF</td> <td>5.000 U 3x/dia</td> <td>5.000 U 2x/dia</td> </tr> <tr> <td>Fondaparinux</td> <td>2,5mg 1x/dia</td> <td>2,5mg 1x/dia</td> </tr> </tbody> </table> | | | Profilaxia Recomendada | | | | Risco Alto | Risco Intermediário | Heparina | 40mg 1x/dia | 20mg 1x/dia | Enoxoparina | 40mg 1x/dia | 20mg 1x/dia | HNF | 5.000 U 3x/dia | 5.000 U 2x/dia | Fondaparinux | 2,5mg 1x/dia | 2,5mg 1x/dia |
| Profilaxia Recomendada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Risco Alto | Risco Intermediário | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Heparina | 40mg 1x/dia | 20mg 1x/dia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enoxoparina | 40mg 1x/dia | 20mg 1x/dia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HNF | 5.000 U 3x/dia | 5.000 U 2x/dia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fondaparinux | 2,5mg 1x/dia | 2,5mg 1x/dia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Profilaxia Recomendada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HNF 5.000UI 8/8 horas</td> </tr> </tbody> </table> | | | Profilaxia Recomendada | | HNF 5.000UI 8/8 horas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profilaxia Recomendada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HNF 5.000UI 8/8 horas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tempo de Profilaxia Recomendado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ATQ e Fratura de Quadril</td> <td>4 a 5 semanas</td> </tr> <tr> <td>ATJ</td> <td>Pelo menos 10 dias</td> </tr> <tr> <td>Oncológica</td> <td>3 a 4 semanas</td> </tr> <tr> <td>Politrauma e TRM</td> <td>Até recuperação</td> </tr> <tr> <td>Demais</td> <td>7 a 10 dias</td> </tr> </tbody> </table> | | | Tempo de Profilaxia Recomendado | | ATQ e Fratura de Quadril | 4 a 5 semanas | ATJ | Pelo menos 10 dias | Oncológica | 3 a 4 semanas | Politrauma e TRM | Até recuperação | Demais | 7 a 10 dias | | | | | | |
| Tempo de Profilaxia Recomendado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATQ e Fratura de Quadril | 4 a 5 semanas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATJ | Pelo menos 10 dias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oncológica | 3 a 4 semanas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Politrauma e TRM | Até recuperação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Demais | 7 a 10 dias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Fatores de risco para TEV <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Cateteres venosos <input type="checkbox"/> Doença inflam. intest. ativa <input type="checkbox"/> Doença respiratória <input type="checkbox"/> Gravidez/puerpério <input type="checkbox"/> ICC classe III ou IV <input type="checkbox"/> História prévia de TEV <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Insufic. arterial periférica <input type="checkbox"/> Internação em UTI <input type="checkbox"/> Obesidade (imc >= 30Kg/m) <input type="checkbox"/> Paresia ou paralisia de MMII <input type="checkbox"/> Químio / Hormonioterapia <input type="checkbox"/> Reposição hormonal / CCH <input type="checkbox"/> Trombofilias <input type="checkbox"/> Varizes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">DATA DA REAVALIAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">13/06/2018 14:00</td> </tr> </tbody> </table> | | | DATA DA REAVALIAÇÃO | | 13/06/2018 14:00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DA REAVALIAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13/06/2018 14:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVAÇÃO: PACIENTE EM PRE DE CORREÇÃO DE FRATURA DE TORNOZELO. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | |
|---------------------------|---|------------------|
| Hospital Unimed | FORMULÁRIO | Nº Doc: 24/2014 |
| | Referência: Registro de Medicamentos Utilizados pelo Paciente | Versão: 01 |
| | Área: Todas | Data: 03/06/2014 |
| | Responsável: Equipe Multidisciplinar | Página: 01 |

Preencha os campos se não houver etiqueta

Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
 Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
 Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
 Dt Internacao.: 11/06/2018
 Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

Lista de Reconciliação Medicamentosa

Fonte das Informações: ☒ Paciente ☐ Familiar ☐ Médico ☐ Farmacêutico ☐ Prontuário ☐ Outros:

LISTE ABAIXO TODOS OS MEDICAMENTOS, FITOTERÁPICOS, VITAMINAS E SUPLEMENTOS PRESCRITOS OU NÃO QUE O PACIENTE FAZ USO EM CASA

☒ NÃO USA MEDICAMENTOS ☐ NÃO SABE INFORMAR OS MEDICAMENTOS ☐ TROUXE MEDICAMENTOS DE CASA

Alergias/Reações: ☐ Não ☐ Sim Listar:

| Nome do Medicamento | Dose | Via de adm. | Posologia | Horário da Última administração | Médico: Compare os medicamentos de prescrição atual com os tomados em casa. | | | Enfermeiro: Compare os medicamentos da prescrição atual com os tomados em casa. | | Farmacêutico: Compare os medicamentos da prescrição atual com os tomados em casa. | | Transferência: Reconciliação dos medicamentos na transferência de setor. | |
|---------------------|------|-------------|-----------|---------------------------------|---|-----------|-----------|---|-----------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|
| | | | | | Continuar | Modificar | Suspender | Ajustado Não Ajustado | Não Ajustado Ajustado | Ajustado Não Ajustado | Não Ajustado Ajustado | Ajustado Não Ajustado | Não Ajustado Ajustado |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

Fator de RISCO:

☐ Obeso ☐ Hepatopata ☐ Hipertenso
☐ Renal Crônico ☐ Diabético

Risco Farmacológico - Uso de medicamento de Alto risco

☐ Não ☐ Sim Listar:

| | | | |
|---------------------|---|---------------|---------------|
| Médico da admissão: | Enfermeiro da admissão: <i>[Assinatura]</i> | Farmacêutico: | Farmacêutico: |
| DATA: | DATA: 11/06 | DATA: | DATA: |
| HORA: | HORA: 16:30 | HORA: | HORA: |

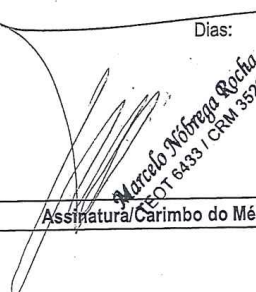


PLANO TERAPÊUTICO CIRÚRGICO

Hospital
Unimed 

Data: 14/6/18

Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
Dt. Internacao.: 11/06/2018
Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

| | | |
|-----------------|------------------------------|--|
| ADMISSÃO MÉDICA | Diagnóstico: | <u>fratura da fêmur E</u> |
| | Comorbidades: | |
| | Exames Complementares: | |
| | Procedimento: | |
| | Antibióticoprofilaxia: | |
| | Previsão de Alta: | |
| | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Dias:</div> <div style="text-align: center;"> Marcelo Nóbrega Rocha Rég. 6433 / CRM 3522</div> |
| | Assinatura/Carimbo do Médico | |



ADMISSÃO DO PACIENTE

Data: 17/06/18 Procedimento Programado: pré fratura tornozelo ☐ Eletiva ☐ Urgência
 Tricotomia: ☒ Não realizada ☐ Realizada por: _____ às _____ h Peso: 65 kg Altura: 1,63
 Cirurgias Anteriores: ☐ Não ☒ Sim Qual? apudicetom Intercorrência com Anestesia: ☐ Não ☐ Sim
 Acompanhante: ☐ Não ☒ Sim Jejum a partir das: _____ h do dia 1/1
 Alergia: ☐ Não ☒ Sim Alérgico à: Amoxicilina

Etiqueta
ALERGIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Ansioso ☐ Desorientado

CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

- ☐ Anamnese e exame físico ☐ Avaliação Pré-Anestésica
☒ Avaliação inicial de enfermagem e anestésico ☐ Retirada de órteses, Próteses e Adornos
☒ Consentimento Cirúrgico e Anestésico ☐ Reconciliação Medicamentosa e Triagem Nutricional
☐ Exames complementares e imagens que auxiliam o procedimento

PATOLOGIAS EXISTENTES - ☒ AUSENTE☐ Hipertensão ☐ Neoplasias ☐ DPOC ☐ Diabetes ☐ Cardiopatias ☐ DRC ☐ Artrite ☐ OutrasFATORES DE RISCO EXISTENTES - ☒ AUSENTE☐ Etilismo ☐ Tabagismo ☐ Drogas Ilícitas ☐ Obesidade

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO às _____ horas

SSVV: 10:00 h PA: 12 x 80 T: 36,8 P: 68 SPO₂: 98 HGT: _____

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem (Carimbo): _____

I - CHECK LIST - NA ENTRADA DO CENTRO CIRÚRGICO

CHECK-IN

- ☐ Checado dois identificadores do paciente (Nome completo e registro do Prontuário) ☒ Consentimento Anestésico
☒ Avaliação Pré-Anestésica ☐ Sítio Marcado ☒ Não se Aplica ☒ Conferência Paciente/Agendamento ☒ Protocolo de TEV
 VV: 10:00 h PA: 116 x 49 T: 3 P: 78 SPO₂: 100 HGT: _____

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem (Carimbo): _____

II - TIME OUT (COMUNICAÇÃO ATIVA COM VERIFICAÇÃO OBRIGATORIA DO CHECK-LIST) - NA SALA DE CIRURGIA

TIME OUT - Antes da Indução Anestésica

- ☒ Checado dois identificadores do paciente (Nome completo e Registro)
☒ ATB Profilático 60 minutos antes da incisão cirúrgica
☒ Sim Horário: 10:30 h ☐ Não ☐ Não se Aplica
☐ ATB Terapêutico
☒ Materiais/Implantes estão disponíveis
☒ Consentimento Anestésico
☐ Sítio Marcado ☒ Não se Aplica
☒ Oxímetro de Pulso funcionando corretamente
☐ Via aérea difícil/Broncoaspiração
☐ Alergia ☒ Não ☐ Sim: _____
☐ Provável perda sanguínea (Adulto 500ml e Criança 7ml/kg/peso) ☐ Sim
☐ Reserva de Sangue disponível ☒ Não
☒ Checagem dos Equipamentos (Anestesia e Equipe)

TIME OUT - Antes da Incisão Cirúrgica

- ☒ Confirmação do paciente/Cirurgia a ser realizada e Lateralidade/Sítio Cirúrgico
☒ Checagem da Equipe que está em sala
Exames de imagens e laboratoriais disponíveis
☐ Não ☒ Sim ☐ Não se Aplica
Enfermagem/Instrumentador
☒ Materiais e equipamentos estéreis (integrados) e disponíveis



Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

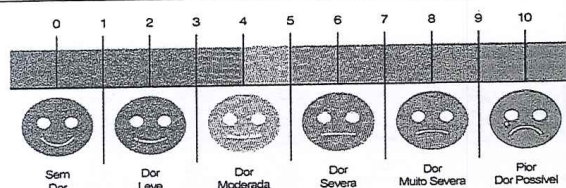
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F

Dt. Internacao.: 11/06/2018

Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

| TEMPERATURA (°C) | |
|-------------------------------------|-------|
| HORA | 04 06 |
| > 40° | |
| 39° - 40° | |
| 37,8° - 38,9° | |
| 37,3° - 37,7° | |
| 36° - 37,2° | 36,1 |
| 35,1° - 35,9° | |
| < 35° | |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | |
| ≥ 121 | |
| 111-120 | 120 |
| 101-110 | |
| 60-100 | |
| 50-59 | |
| 40-49 | 40 |
| < 40 | |
| PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg) | |
| ≥ 180 | |
| 140-179 | |
| 121-139 | |
| 101-120 | |
| 91-100 | |
| 81-90 | 99 |
| < 80 | |
| DIASTÓLICA | |
| FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (rpm) | |
| ≥ 25 | |
| 21-24 | |
| 12-20 | 19 |
| 9-11 | |
| < 8 | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | |
| AGITAÇÃO | |
| ALERTA | S |
| SONOLÊNCIA | S |
| TORPOR | S |
| COMA | |
| PARÂMETROS ADICIONAIS | |
| DIURESE | |
| EVACUAÇÃO | |
| DRENO | |
| HGT | |
| SPO ₂ | 99 |
| DOR | 1 |














Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:28

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060712011828200000042709906>

Número do documento: 19060712011828200000042709906

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

| TEMPERATURA (°C) | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| HORA | | | | | | | | | | | | |
| > 40° | | | | | | | | | | | | |
| 39° - 40° | | | | | | | | | | | | |
| 37,8° - 38,9° | | | | | | | | | | | | |
| 37,3° - 37,7° | | | | | | | | | | | | |
| 36° - 37,2° | | | | | | | | | | | | |
| 35,1° - 35,9° | | | | | | | | | | | | |
| < 35° | | | | | | | | | | | | |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | | | | | | | | | | | | |
| ≥ 121 | | | | | | | | | | | | |
| 111-120 | | | | | | | | | | | | |
| 101-110 | | | | | | | | | | | | |
| 60-100 | | | | | | | | | | | | |
| 50-59 | | | | | | | | | | | | |
| 40-49 | | | | | | | | | | | | |
| < 40 | | | | | | | | | | | | |
| PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg) | | | | | | | | | | | | |
| ≥ 180 | | | | | | | | | | | | |
| 140-179 | | | | | | | | | | | | |
| 121-139 | | | | | | | | | | | | |
| 101-120 | | | | | | | | | | | | |
| 91-100 | | | | | | | | | | | | |
| 81-90 | | | | | | | | | | | | |
| < 80 | | | | | | | | | | | | |
| DIASTÓLICA | | | | | | | | | | | | |
| FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (irpm) | | | | | | | | | | | | |
| ≥ 25 | | | | | | | | | | | | |
| 21-24 | | | | | | | | | | | | |
| 12-20 | | | | | | | | | | | | |
| 9-11 | | | | | | | | | | | | |
| < 8 | | | | | | | | | | | | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | | | | | | | | | |
| AGITAÇÃO | | | | | | | | | | | | |
| ALERTA | | | | | | | | | | | | |
| SONOLÊNCIA | | | | | | | | | | | | |
| TORPOR | | | | | | | | | | | | |
| COMA | | | | | | | | | | | | |
| PARÂMETROS ADICIONAIS | | | | | | | | | | | | |
| DIURESE | | | | | | | | | | | | |
| EVACUAÇÃO | | | | | | | | | | | | |
| DRENO | | | | | | | | | | | | |
| HGT | | | | | | | | | | | | |
| SPO ₂ | | | | | | | | | | | | |
| DOR | | | | | | | | | | | | |

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sem Dor | Dor Leve | Dor Moderada | Dor Severa | Dor Muito Severa | Pior Dor Possível | | | | | |

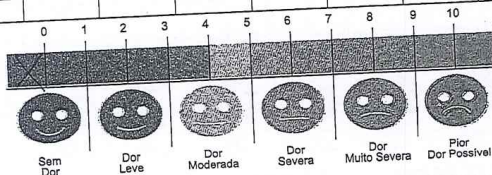


SETOR: _____ DATA: 12/06/2018

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

| TEMPERATURA (°C) | |
|-------------------------------------|------|
| HORA | 8 |
| > 40° | |
| 39° - 40° | |
| 37,8° - 38,9° | |
| 37,3° - 37,7° | |
| 36° - 37,2° | 36,8 |
| 35,1° - 35,9° | |
| ≤ 35° | |
| FREQUENCIA CARDÍACA (bpm) | |
| ≥ 121 | |
| 111-120 | |
| 101-110 | |
| 60-100 | 98 |
| 50-59 | |
| 40-49 | |
| ≤ 40 | |
| PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg) | |
| ≥ 180 | |
| 140-179 | |
| 121-139 | 130 |
| 101-120 | |
| 91-100 | |
| 81-90 | |
| ≤ 80 | 80 |
| DIASTÓLICA | |
| FREQUENCIA RESPIRATORIA (irpm) | |
| ≥ 25 | |
| 21-24 | |
| 12-20 | 16 |
| 9-11 | |
| ≤ 8 | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | |
| AGITAÇÃO | N |
| ALERTA | S |
| INOLÊNCIA | N |
| TORPOR | N |
| COMA | N |
| PARAMETROS ADICIONAIS | |
| DIURESE | |
| EVACUAÇÃO | |
| DRENO | |
| HGT | |
| SPO ₂ | 94% |
| DOR | |

Escala Visual
Análogica da
Dor



| MANHA | TARDE | NOITE |
|---|---|---|
| <p>Ingrid Brito de Araújo</p> <p>ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p> | <p>ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p> | <p>ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p> |

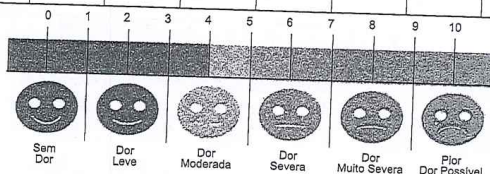


FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: _____ DATA: ____/____/____

| HORA | 18 | 22 | TEMPERATURA (°C) | | | |
|------------------|------|-----|-------------------------------------|--|--|--|
| > 40° | | | | | | |
| 39° - 40° | | | | | | |
| 37,8° - 38,9° | | | | | | |
| 37,3° - 37,7° | | | | | | |
| 36° - 37,2° | 36.2 | | | | | |
| 35,1° - 35,9° | | | | | | |
| ≤ 35° | | | | | | |
| | 18 | | FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | | | |
| ≥ 121 | | | | | | |
| 111-120 | 120 | | | | | |
| 101-110 | | | | | | |
| 60-100 | | 68 | | | | |
| 50-59 | | | | | | |
| 40-49 | | | | | | |
| ≤ 40 | | | | | | |
| | 18 | | PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg) | | | |
| ≥ 180 | | | | | | |
| 140-179 | | | | | | |
| 121-139 | 120 | 120 | | | | |
| 101-120 | | | | | | |
| 91-100 | | | | | | |
| 81-90 | 82 | | | | | |
| ≤ 80 | | | | | | |
| DIASTÓLICA | 18 | | FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (irpm) | | | |
| ≥ 25 | | | | | | |
| 21-24 | | | | | | |
| 12-20 | 18 | 18 | | | | |
| 9-11 | | | | | | |
| ≤ 8 | | | | | | |
| | 18 | | NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | |
| AGITAÇÃO | N | | | | | |
| ALERTA | S | 5 | | | | |
| SONOLÊNCIA | N | | | | | |
| TORPOR | N | 4 | | | | |
| COMA | N | | | | | |
| | 18 | | PARÂMETROS ADICIONAIS | | | |
| DIURESE | | | | | | |
| EVACUAÇÃO | | | | | | |
| DRENO | | | | | | |
| HGT | | | | | | |
| SPO ² | 98% | 98 | | | | |
| DOR | | | | | | |

Escala Visual
Análogica d a
Dor



Assinatura do Médico Netista
COREN - RJ - 863912 - TE

| MANHÃ | TARDE | NOITE |
|------------------------------------|---|------------------------------------|
| | JOEL RAMOS COREN/RN 428.931 TE e TIO | |
| ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM |

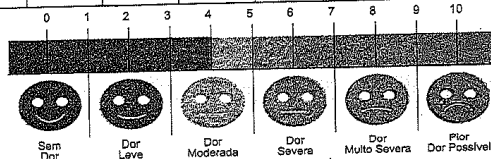


SETOR: 1º B DATA: 12/06/18

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

| TEMPERATURA (°C) | |
|-------------------------------------|-------|
| HORA | 11 |
| > 40° | |
| 39° - 40° | |
| 37,8° - 38,9° | |
| 37,3° - 37,7° | |
| 36° - 37,2° | 36,80 |
| 35,1° - 35,9° | |
| ≤ 35° | |
| FREQUENCIA CARDIACA (bpm) | |
| ≥ 121 | |
| 111-120 | |
| 101-110 | |
| 60-100 | 65 |
| 50-59 | |
| 40-49 | |
| ≤ 40 | |
| PRESSAO ARTERIAL - SISTOLICA (mmHg) | |
| ≥ 180 | |
| 140-179 | |
| 121-139 | |
| 101-120 | 120 |
| 91-100 | |
| 81-90 | 80 |
| ≤ 80 | |
| DIASTOLICA | |
| ≥ 25 | |
| 21-24 | |
| 12-20 | 18 |
| 9-11 | |
| ≤ 8 | |
| NIVEL DE CONSCIENCIA | |
| AGITAÇÃO | |
| ALERTA | S |
| SONOLÊNCIA | |
| TORPOR | |
| COMA | |
| PARAMETROS ADICIONAIS | |
| DIURESE | WC |
| EVACUAÇÃO | |
| DRENO | |
| HGT | |
| SPO2 | 98% |
| DOR | |

Escala Visual
Análogica d.a.
Dor



| MANHA | TARDE | NOITE |
|---|---|------------------------------------|
|  ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM |  ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM |

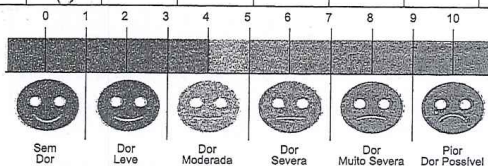


FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: _____ DATA: ____/____/____

| TEMPERATURA (°C) | |
|-------------------------------------|-------|
| HORA | 06:10 |
| > 40° | |
| 39° - 40° | |
| 37,8° - 38,9° | |
| 37,3° - 37,7° | |
| 36° - 37,2° | 36.3 |
| 35,1° - 35,9° | 36.3 |
| ≤ 35° | |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | |
| ≥ 121 | |
| 111-120 | |
| 101-110 | |
| 60-100 | 76 |
| 50-59 | |
| 40-49 | |
| ≤ 40 | |
| PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg) | |
| ≥ 180 | |
| 140-179 | |
| 121-139 | |
| 101-120 | |
| 91-100 | 100 |
| 81-90 | |
| ≤ 80 | |
| DIASTÓLICA | 60 |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (irpm) | |
| ≥ 25 | |
| 21-24 | |
| 12-20 | 19 |
| 9-11 | |
| ≤ 8 | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | |
| AGITAÇÃO | N |
| ALERTA | S |
| SONOLÊNCIA | N |
| TORPOR | N |
| COMA | N |
| PARAMETROS ADICIONAIS | |
| DIURESE | P |
| EVACUAÇÃO | / |
| DRENO | / |
| HGT | / |
| SPO ₂ | 98 |
| DOR | 0 |

Escala Visual
Análogica da
Dor



| MANHÃ | TARDE | NOITE |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM |

ESMELIA GOMES DO N. 427.14
COREO/RN 427.14

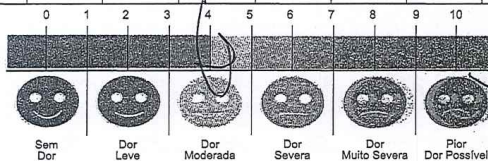


FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: 1-3 DATA: 13/06/2018

| TEMPERATURA (°C) | |
|-------------------------------------|-------|
| HORA | 10:00 |
| > 40° | 16 |
| 39° - 40° | |
| 37,8° - 38,9° | |
| 37,3° - 37,7° | |
| 36° - 37,2° | 36,4 |
| 35,1° - 35,9° | 36,3 |
| ≤ 35° | |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | |
| ≥ 121 | |
| 111-120 | |
| 101-110 | |
| 60-100 | 80 |
| 50-59 | 78 |
| 40-49 | |
| ≤ 40 | |
| PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg) | |
| ≥ 180 | |
| 140-179 | |
| 121-139 | |
| 101-120 | 110 |
| 91-100 | 110 |
| 81-90 | |
| ≤ 80 | |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (irpm) | |
| ≥ 25 | |
| 21-24 | |
| 12-20 | 20 |
| 9-11 | 19 |
| ≤ 8 | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | |
| AGITAÇÃO | N |
| ALERTA | S |
| SONOLÊNCIA | N |
| TORPOR | N |
| COMA | N |
| PARÂMETROS ADICIONAIS | |
| DIURESE | P |
| EVACUAÇÃO | / |
| DRENO | / |
| HGT | / |
| SPO2 | 98% |
| DOR | 4 |

Escala Visual
Análoga d.a.
Dor



| MANHÃ | TARDE | NOITE |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM |



Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
Dt. Internacao.: 11/06/2018
Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

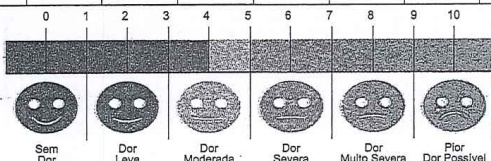
Art. 19-B

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: 1º B DATA: 13/06/18

| TEMPERATURA (°C) | |
|-------------------------------------|-------------|
| HORA | 30:00 16:00 |
| > 40° | |
| 39° - 40° | |
| 37,8° - 38,9° | |
| 37,3° - 37,7° | |
| 36° - 37,2° | 37,0 36,0 |
| 35,1° - 35,9° | |
| ≤ 35° | |
| FREQUENCIA CARDÍACA (bpm) | |
| ≥ 121 | |
| 111-120 | |
| 101-110 | |
| 60-100 | 108 89 |
| 50-59 | |
| 40-49 | |
| ≤ 40 | |
| PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg) | |
| ≥ 180 | |
| 140-179 | |
| 121-139 | |
| 101-120 | 110 100 |
| 91-100 | |
| 81-90 | |
| ≤ 80 | |
| DIASTÓLICA | 80 70 |
| FREQUENCIA RESPIRATORIA (irpm) | |
| ≥ 25 | |
| 21-24 | |
| 12-20 | 20 19 |
| 9-11 | |
| ≤ 8 | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | |
| AGITAÇÃO | |
| ALERTA | 5 5 |
| SONOLÊNCIA | |
| TORPOR | 1 2 |
| COMA | |
| PARÂMETROS ADICIONAIS | |
| DIURESE | 0 0 |
| EVACUAÇÃO | - - |
| DRENO | - - |
| HGT | |
| SPO ₂ | 99% 98% |
| DOR | |

Escala Visual
Análoga da
Dor



| MANHÃ | TARDE | NOITE |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM |

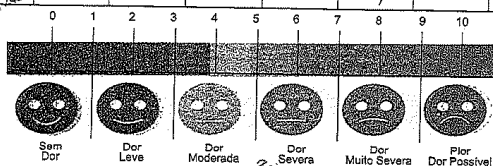


FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: 1ª andar DATA: 14/06/18

| HORA | | TEMPERATURA (°C) | |
|-------------------------------------|----|--------------------------------------|------|
| > 40° | | 36,4 | 36,4 |
| 39° - 40° | | | |
| 37,8° - 38,9° | | | |
| 37,3° - 37,7° | | | |
| 36° - 37,2° | | | |
| 35,1° - 35,9° | | | |
| ≤ 35° | | | |
| FREQUENCIA CARDIACA (bpm) | | FREQUENCIA RESPIRATORIA (rpm) | |
| ≥ 121 | | 19 | 18 |
| 111-120 | | | |
| 101-110 | | | |
| 60-100 | 82 | | |
| 50-59 | | | |
| 40-49 | | | |
| ≤ 40 | | | |
| PRESSAO ARTERIAL - SISTOLICA (mmHg) | | PRESSAO ARTERIAL - DIASTOLICA (mmHg) | |
| ≥ 180 | | 130 | 130 |
| 140-179 | | | |
| 121-139 | | | |
| 101-120 | | | |
| 91-100 | | | |
| 81-90 | | | |
| ≤ 80 | | | |
| NIVEL DE CONSCIENCIA | | PARAMETROS ADICIONAIS | |
| AGITACAO | N | DIURESE | 0 |
| ALERTA | N | EVACUACAO | A |
| SONOLENCIA | N | DRENO | / |
| TORPOR | N | HGT | / |
| COMA | N | SPO2 | 98% |
| | | DOR | 98% |

Escala Visual Analógica da Dor



| | | |
|--|--|---|
| MANHA <i>[assinatura]</i> ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | TARDE <i>[assinatura]</i> ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | NOITE ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
|--|--|---|



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

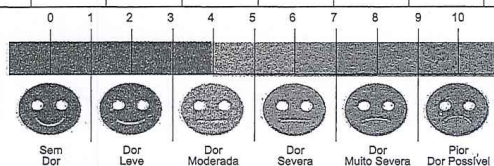
NOME: _____
REGISTRO: _____ NASCIMENTO: ____/____/____
MÃE: _____

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: _____ DATA: ____/____/____

| TEMPERATURA (°C) | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| HORA | | | | | | | | | |
| > 40° | | | | | | | | | |
| 39° - 40° | | | | | | | | | |
| 37,8° - 38,9° | | | | | | | | | |
| 37,3° - 37,7° | | | | | | | | | |
| 36° - 37,2° | | | | | | | | | |
| 35,1° - 35,9° | | | | | | | | | |
| ≤ 35° | | | | | | | | | |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | | | | | | | | | |
| ≥ 121 | | | | | | | | | |
| 111-120 | | | | | | | | | |
| 101-110 | | | | | | | | | |
| 60-100 | | | | | | | | | |
| 50-59 | | | | | | | | | |
| 40-49 | | | | | | | | | |
| ≤ 40 | | | | | | | | | |
| PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg) | | | | | | | | | |
| ≥ 180 | | | | | | | | | |
| 140-179 | | | | | | | | | |
| 121-139 | | | | | | | | | |
| 101-120 | | | | | | | | | |
| 91-100 | | | | | | | | | |
| 81-90 | | | | | | | | | |
| ≤ 80 | | | | | | | | | |
| DIASTÓLICA | | | | | | | | | |
| FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (irpm) | | | | | | | | | |
| ≥ 25 | | | | | | | | | |
| 21-24 | | | | | | | | | |
| 12-20 | | | | | | | | | |
| 9-11 | | | | | | | | | |
| ≤ 8 | | | | | | | | | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | | | | | | |
| AGITAÇÃO | | | | | | | | | |
| ALERTA | | | | | | | | | |
| SONOLÊNCIA | | | | | | | | | |
| TORPOR | | | | | | | | | |
| COMA | | | | | | | | | |
| PARÂMETROS ADICIONAIS | | | | | | | | | |
| DIURESE | | | | | | | | | |
| EVACUAÇÃO | | | | | | | | | |
| DRENO | | | | | | | | | |
| HGT | | | | | | | | | |
| SPO ₂ | | | | | | | | | |
| DOR | | | | | | | | | |

Escala Visual
Análoga da
Dor



| MANHÃ | TARDE | NOITE |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM |



Sr(a).....: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA Idade.....: 15 ano(s)
Dr(a).....: Dr(a) PIERRE GOIS DO NASCIMENTO JUNIOR Dt. Cadastro.....: 12/06/2018 07:57
Registro.....: 654565 RG: 2663570 Setor Solic.....: GERENCIAMENTO DE LEITOS
Convênio.....: UNIMED NATAL Nº da OS.....: 118 -829283

H E M O G R A M A

ERITROGRAMA

Material: Sangue

Método: Automação Abx Pentra 60

| | Valores Encontrados | Valores de Referenciais |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Hemácias : | 4,80 milhões/mm ³ | (4,0 a 5,6) |
| Hemoglobina : | 13,0 g/dL | (12,0 a 16,0) |
| Hematócrito : | 38,9 % | (37,0 a 46,0) |
| Vol. Glob. Médio (VCM): | 81,0 fL | (80 a 100) |
| Hem. Glob. Médio (HCM): | 26,6 pg | (26 a 34) |
| C.H.Glob. Média (CHCM): | 32,8 g/dL | (31 a 36) |
| RDW - CV % : | 12,8 % | (12 a 14) |

SV: Normocitose e Normocromia

Resultado Anterior :
Resultado Anterior :

LEUCOGRAMA

Material: Sangue

Método: Automação Abx Pentra 60

| | Valores Encontrados | Valores de Referenciais |
|----------------------|---------------------|--------------------------------|
| Leucócitos: | 9.460 /uL | (4.000 a 11.000) |
| | Valor relativo % | Valor absoluto mm ³ |
| Blastos: | 00 | (00 a 00 / 00 a 00) |
| Mielócitos: | 00 | (00 a 00 / 00 a 00) |
| Metamielócitos: | 00 | (00 a 01 / 01 a 100) |
| Bastões: | 01 | (03 a 05 / 120 a 500) |
| Segmentados: | 71 | (52 a 62 / 2160 a 6200) |
| Eosinófilos: | 04 | (02 a 05 / 80 a 500) |
| Basófilos: | 00 | (00 a 01 / 00 a 100) |
| Linfócitos Típicos: | 22 | (20 a 35 / 800 a 3500) |
| Linfócitos Atípicos: | 00 | (00 a 01 / 00 a 100) |
| Monócitos: | 02 | (03 a 08 / 120 a 800) |

Resultado Anterior :
SB: Morfologia conservada.

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Material: Sangue Total EDTA

Método: Automação Abx Pentra 60 Valores de Referenciais

| | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Plaquetas: | 279 mil/mm ³ | (140 a 450 mil/mm ³) |
| Volume Plaquetário(MPV): | 8,88 | (7,0 a 10,0) |

SP.: Aparentemente normal em número e aspecto.

Resultado Anterior :

Dt. coleta: 12/06/2018 07:58



Dr(a). SANDRA MARIA GOMES GURGEL DE MELO - CRF:1398

Dt. Liberado: 12/06/2018 09:16

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência e estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde, pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente ao seu clínico interpretar corretamente estes resultados.

Laboratório de Análises Clínicas - Av. Antonio Basilio, nº 3598 -
Resp Técnico.....: DRA. DANIELA DANTAS CRF 1641

Bairro Lagoa Nova CEP.: 59056-380
Natal / RN

Obs: Este Laboratório Participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.



Sr(a)..... AMANDA VIVIAN GOMES MOURA Idade..... 15 ano(s)
Dr(a)..... Dr(a) PIERRE GOIS DO NASCIMENTO JUNIOR Dt. Cadastro..... 12/06/2018 07:57
Registro..... 654565 RG: 2663570 Setor Solic..... GERENCIAMENTO DE LEITOS
Convênio..... UNIMED NATAL Nº da OS..... 118 -829283

TEMPO DE ATIVIDADE PROTROMBINA (TAP)

Material: Plasma Citratado Método: Coagulométrico

TEMPO DO PACIENTE: 11,10 segundos
TEMPO CONTROLE: 10,40 segundos
ATIVIDADE ENZIMÁTICA: 87,00 %
ISI: 1,04
INR: 1,07

{Observação:

VALORES DE REFERÊNCIA:

INR (Aplicados a pacientes em anticoagulação oral)
INR alvo Faixa
Trombose venosa profunda: 2,5 2 a 3
Trombose pulmonar: 2,5 2 a 3
Trombose arterial: 2,5 2 a 3
Cardiopatia (dilatada/FA): 2,5 2 a 3
Protese valvular: 3,0 2 a 4

Dt. Coleta:12/06/2018 07:58

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO (TTPA)

Material: Plasma Citratado Método: Coagulométrico

TEMPO DO PACIENTE: 34,0 segundos
TEMPO CONTROLE : 30,0 segundos
REL. PACIENTE/CONTROLE: 1,13

VALOR DE REFERÊNCIA:

Relação paciente/controle: Até 1,25

Dt. Coleta:12/06/2018 07:58



Dr(a). SANDRA MARIA GOMES GURGEL DE MELO - CRF:1398

Dt. Liberado: 12/06/2018 09:16

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência e estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde, pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente ao seu clínico interpretar corretamente estes resultados.

Laboratório de Análises Clínicas - Av. Antonio Basílio, nº 3598 -
Resp Técnico..... DRA. DANIELA DANTAS CRF 1641

Bairro Lagoa Nova CEP.: 59056-380
Natal / RN

Obs: Este Laboratório Participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.



Sr(a).....: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA Idade.....: 15 ano(s)
Dr(a).....: Dr(a) PIERRE GOIS DO NASCIMENTO JUNIOR Dt. Cadastro.....: 12/06/2018 07:57
Registro.....: 654565 RG: 2663570 Setor Solic.....: GERENCIAMENTO DE LEITOS
Convênio.....: UNIMED NATAL Nº da OS.....: 118 -829283

CREATININA SÉRICA

Material:Soro

Método:Automação -Jaffé Cinético

Resultado:1,11 mg/dL

Valores de referencia:(0,4 a 1,3)

Dt. Coleta:12/06/2018 07:58

GLICOSE

Material:Soro

Método:Automação - GOD - TRINDER

Resultado:110 mg/dL

Valores de Referência:
Glicemia em jejum:

Normal: 60 a 99 mg/dL

Alterada: 100 a 125 mg/dL

Provável Diabetes Mellitus: Maior ou igual a 126 mg/dL

*Estes valores foram determinados pela American Diabetes Association (A.D.A.).

Dt. Coleta:12/06/2018

07:58

URÉIA SÉRICA

Material:Soro

Método:Automação - cinético enzimático UV

Resultado:23 mg/dL

Valores de referência:(15 a 45 mg/dl)

Dt. Coleta:12/06/2018 07:58



Dr(a). SANDRA MARIA GOMES GURGEL DE MELO - CRF:1398

Dt. Liberado: 12/06/2018 09:16

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência e estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde, pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente ao seu clínico interpretar corretamente estes resultados.

Laboratório de Análises Clínicas - Av. Antonio Basilio, nº 3598 -
Resp Técnico.....: DRA. DANIELA DANTAS CRF 1641

Bairro Lagoa Nova CEP.: 59056-380
Natal / RN

Obs: Este Laboratório Participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.



BOLETIM DE SALA

PACIENTE: 654565 AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

SEXO: F DATA NASC.: 18 / 03 / 2003 AIH: 2

CIRURGIA: BANDAGEM

INÍCIO: 14/06/2018 18:00

FIM: 14/06/2018 18:10

CONVÊNIO: Natal

| EQUIPE | | NOME | | CONSELHO | | | | |
|------------------|-----------------------------|------------|-------|--------------------------------|------------|------|------------------------------------|------------|
| Cirurg./Obstetra | DR MARCELO NOBREGA | | | CRM | 3522 | | | |
| 1º Auxiliar | | | | CRM | | | | |
| 2º Auxiliar | | | | CRM | | | | |
| Anestesiista | | | | CRM | | | | |
| Pediatra | | | | CRM | | | | |
| Enfermeiro | | | | CRM | | | | |
| Instrumentador | CLAUDION ALVES JUNIOR | | | COREN | 398035 | | | |
| Circulante | | | | COREN | | | | |
| | | | | COREN | | | | |
| COD. | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | COD. | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | COD. | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE |
| 1827 | Agulha de Punção | | 2041 | PVPI Degermante | | 2486 | Lanexat-TIOFIBAN 0,25mg/ml | |
| 79 | Agulha descartável 40 x 12 | | | PVPI Alcoólico | | 1076 | Lasix | |
| 75 | Agulha descartável 25 x 7 | | 3547 | Passador de Corda | | 1218 | Loversol 320mg | |
| 5867 | Agulha descartável 13 x 45 | | 1261 | Polifix 2 vias | | 1982 | Loxitalamato 100ml (TELEBRIX) | |
| 81 | Agulha p/ Raque | | 3605 | Perfurador 120cm | | 1219 | Loxitalamato 50ml (TELEBRIX) | |
| | Agulha p/ Peridural | | | Placa de Bisturir | | 3919 | Lobitridol 300 (HENETIX) | |
| | Água Oxigenada | | 3447 | Rotor | | 1124 | Monorodil | |
| 97 | Alcool 70% | | | Salto Ortopédico N° | | | Mefoxin | |
| 98 | Algodão Hidrófilo | | 1262 | Sapatilha Descartável | | 1374 | Narcan | |
| 99 | Algodão Ortopédico n° 10 | 5 | 339 | Seringa Descartável 1ml | | 1249 | Naropin 7,5 | |
| 104 | Atadura Crepon N° 10 | 5 | 345 | Seringa Descartável 3ml | | 1198 | Nipride - NITROPRUSSATO | |
| 1254 | Aparelho p/ Tricotomia | | 345 | Seringa Descartável 5ml | | 1170 | Norepinefrina 4ML | |
| | Balão | | 346 | Seringa Descartável 10ml | | 1375 | Narcan 0,2 mg (NALOXONA) | |
| | Balão | | 347 | Seringa Descartável 20ml | | 1457 | Ondrasetona | |
| | Balão | | 348 | Seringa Injetora 150ml | | 1454 | Plasil (METOCLOPRAMIDA) | |
| | Cateter | | | Seringa Insufladora | | 1484 | Plavix 75 mm | |
| | Cateter | | 12628 | Scalp N° | | 1143 | Ranitidina | |
| | Cateter | | | Scalp N° | | 1104 | Solu-cortef 500mg (HIDROCORTISONA) | |
| | Cateter | | | Sonda Retal N° | | 1918 | Selocken 5mg (METOPROL) | |
| 181 | Cateter Tipo Óculos | | 345 | Sonda Aspiração N° | | 1281 | Sevorane | |
| 161 | Cateter Intravenoso N° 16 | | | SNG N° | | 1431 | Suxametonio 100mg | |
| 7295 | Cateter Intravenoso N° 18 | | | Sonda Foley N° | | 1130 | Tridil 10mg (NITROGLICERINA) | |
| 43200 | Cateter Intravenoso N° 20 | | 449 | Sonda Uretral | | 2106 | Xilocaína 2% S/V | |
| 7297 | Cateter Intravenoso N° 22 | | | Sonda Vesical Demora N° | | 3607 | Xilocaína Gel | |
| | Outros Cateteres | | | Tipóia Velpau N° | | | | |
| | | | 10083 | Tipóia Simples | | | | |
| 7297 | Cateter Oxigênio | | 3612 | Transdutor Pressão (DOMER) | | | | |
| 2121 | Clorexidina Tópica | | 1280 | Touca Descatável | | | | |
| | Corda 0,35 teflonada | | 9178 | Tomelirinha 1 Vias | | | | |
| | Corda 0,35 hidrofílica | | 3768 | Tomelirinha 2 Vias | | | | |
| | Corda 0,014 | | 459 | Tomelirinha 3 Vias | | | | |
| | Corda | | 1280 | Touca | | | | |
| | Colar Cervical | | 7546 | Trans. Pressão | | | | |
| 198 | Coletor Urina Aberto | | 2560 | Transofix | | | | |
| 199 | Coletor Urina Fechado | | | Stent | | | | |
| 2367 | Conector Easy ketch | | | Stent | | | | |
| 42430 | Conector Y | | | Stent | | | | |
| 231 | Eletrodos | | | | | | | |
| 150 | Equipo Macro | | 1208 | Ácido Acetil Salicílico 100mg | | | | |
| 243 | Equipo Macro c/ PC Rolet | | 1388 | ABD | | | | |
| 239 | Equipo Bomba Infusão | | 1166 | Adrenalina (EDINEFRINA) | | | | |
| 242 | Equipo Fotossensível | | 7484 | Adenosina | | | | |
| | Equipo p/ Hemotransfusão | | 1669 | Aminofilina | | | | |
| 1257 | Equipo p/ Contraste | | 1031 | Atropina | | | | |
| 258 | Esparradrapo Impermeável | | 1067 | Ancoron 50 mg/3ml | | | | |
| 255 | Esparradrapo Hipoalergênico | | 1389 | Bicarbonato de Sódio 8,4% | | | | |
| 2162 | Escova descartável | | | Capitopril | | | | |
| 2083 | Éter | | 1156 | Cadilánida (DESLANOSIDO) | | | | |
| 3419 | Extensor Bomba 77cm | | 973 | Cefazolina 1g | | | | |
| 3410 | Extensor Bomba 22cm | | 1156 | Cedilanide | | | | |
| | Extensor Fix | | 977 | Cefazolina | | | | |
| | Extensor Silicone (látex) | | | Contraste | | | | |
| 273 | Fita p/ HGT | | 1390 | Cloreto de Potassio 10% 10ml | | | | |
| 205 | Gaze 7,5 x 7,5cm | 5 | 1391 | Cloreto de Potassio 19,1% 10ml | | | | |
| 276 | Gorro | | 1057 | Clopidogrel 75mg (PLAVIX) | | | | |
| 110 | Gesso N° 15 | | 1093 | Dexametasona 4mg/2,5ml | | | | |
| 274 | Gel p/ E.C.G. | | 1092 | Dexametasona 2mg/ml | | | | |
| 3445 | Indeflaton | | 1877 | Diprosan | | | | |
| | Introdutor N° | | 1165 | Dobutamina | | | | |
| | Introdutor N° | | 1168 | Dopamina | | | | |
| | Introdutor N° | | 1359 | Dormonid (MIDAZOLAN) | | | | |
| | Introdutor N° | | 1210 | Dipirona | | | | |
| | Latex | | 1637 | Diazepam 5mg/ml | | | | |
| | Luva Cirúrgica Estéril N° | | | Dimorf | | | | |
| 295 | Luva Cirúrgica Estéril 7,0 | | 1315 | Dolatin | | | | |
| 296 | Luva Cirúrgica Estéril 7,5 | | 1359 | Dorminid | | | | |
| 297 | Luva Cirúrgica Estéril 8,0 | 1 | 1167 | Efedrina | | | | |
| 4054 | Luva Cirúrgica Estéril 8,5 | | 1085 | Etomidato | | | | |
| 362 | Luva Procedimento | | 1144 | Fenergan (PROMETAZINA) | | | | |
| 298 | Luva Procedimento Estéril | | 1532 | Fenoterol (BEROTEC) | | | | |
| 43776 | Lâmina Bisturi 11 | | 1304 | Fentanil (FENTANILA) | | | | |
| 289 | Lâmina Bisturi 15 | | 1281 | Forane (SERVOFLURANO) | | | | |
| 292 | Lâmina Bisturi 22 | | 1076 | Furosemda 10mg/ml | | | | |
| 3411 | Manifold | | | Glicose | | | | |
| 314 | Máscara Descartável | | 1072 | Heparina | | | | |
| 302 | Malha Tubular N° 15 | 1 | 1531 | Ipratrópio (ATROVENT) | | | | |
| | MP transvenoso (Eletrodo) | | 1124 | Isossorbida AMP | | | | |
| 1262 | Pró-Pé Descartável | | 7725 | Isuprei | | | | |
| 2040 | PVPI Tópico | | 976 | Keflin (CEFALOTINA) | | | | |

| EQUIPE | | NOME | | CONSELHO | | | | |
|------------------|-----------------------------|------------|-------|--------------------------------|------------|------|------------------------------------|------------|
| Cirurg./Obstetra | DR MARCELO NOBREGA | | | CRM | 3522 | | | |
| 1º Auxiliar | | | | CRM | | | | |
| 2º Auxiliar | | | | CRM | | | | |
| Anestesiista | | | | CRM | | | | |
| Pediatra | | | | CRM | | | | |
| Enfermeiro | | | | CRM | | | | |
| Instrumentador | CLAUDION ALVES JUNIOR | | | COREN | 398035 | | | |
| Circulante | | | | COREN | | | | |
| | | | | COREN | | | | |
| COD. | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | COD. | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | COD. | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE |
| 1827 | Agulha de Punção | | 2041 | PVPI Degermante | | 2486 | Lanexat-TIOFIBAN 0,25mg/ml | |
| 79 | Agulha descartável 40 x 12 | | | PVPI Alcoólico | | 1076 | Lasix | |
| 75 | Agulha descartável 25 x 7 | | 3547 | Passador de Corda | | 1218 | Loversol 320mg | |
| 5867 | Agulha descartável 13 x 45 | | 1261 | Polifix 2 vias | | 1982 | Loxitalamato 100ml (TELEBRIX) | |
| 81 | Agulha p/ Raque | | 3605 | Perfurador 120cm | | 1219 | Loxitalamato 50ml (TELEBRIX) | |
| | Agulha p/ Peridural | | | Placa de Bisturir | | 3919 | Lobitridol 300 (HENETIX) | |
| | Água Oxigenada | | 3447 | Rotor | | 1124 | Monorodil | |
| 97 | Alcool 70% | | | Salto Ortopédico N° | | | Mefoxin | |
| 98 | Algodão Hidrófilo | | 1262 | Sapatilha Descartável | | 1374 | Narcan | |
| 99 | Algodão Ortopédico n° 10 | 5 | 339 | Seringa Descartável 1ml | | 1249 | Naropin 7,5 | |
| 104 | Atadura Crepon N° 10 | 5 | 345 | Seringa Descartável 3ml | | 1198 | Nipride - NITROPRUSSATO | |
| 1254 | Aparelho p/ Tricotomia | | 345 | Seringa Descartável 5ml | | 1170 | Norepinefrina 4ML | |
| | Balão | | 346 | Seringa Descartável 10ml | | 1375 | Narcan 0,2 mg (NALOXONA) | |
| | Balão | | 347 | Seringa Descartável 20ml | | 1457 | Ondrasetona | |
| | Balão | | 348 | Seringa Injetora 150ml | | 1454 | Plasil (METOCLOPRAMIDA) | |
| | Cateter | | | Seringa Insufladora | | 1484 | Plavix 75 mm | |
| | Cateter | | 12628 | Scalp N° | | 1143 | Ranitidina | |
| | Cateter | | | Scalp N° | | 1104 | Solu-cortef 500mg (HIDROCORTISONA) | |
| | Cateter | | | Sonda Retal N° | | 1918 | Selocken 5mg (METOPROL) | |
| 181 | Cateter Tipo Óculos | | 345 | Sonda Aspiração N° | | 1281 | Sevorane | |
| 161 | Cateter Intravenoso N° 16 | | | SNG N° | | 1431 | Suxametonio 100mg | |
| 7295 | Cateter Intravenoso N° 18 | | | Sonda Foley N° | | 1130 | Tridil 10mg (NITROGLICERINA) | |
| 43200 | Cateter Intravenoso N° 20 | | 449 | Sonda Uretral | | 2106 | Xilocaína 2% S/V | |
| 7297 | Cateter Intravenoso N° 22 | | | Sonda Vesical Demora N° | | 3607 | Xilocaína Gel | |
| | Outros Cateteres | | | Tipóia Velpau N° | | | | |
| | | | 10083 | Tipóia Simples | | | | |
| 7297 | Cateter Oxigênio | | 3612 | Transdutor Pressão (DOMER) | | | | |
| 2121 | Clorexidina Tópica | | 1280 | Touca Descatável | | | | |
| | Corda 0,35 teflonada | | 9178 | Tomelirinha 1 Vias | | | | |
| | Corda 0,35 hidrofílica | | 3768 | Tomelirinha 2 Vias | | | | |
| | Corda 0,014 | | 459 | Tomelirinha 3 Vias | | | | |
| | Corda | | 1280 | Touca | | | | |
| | Colar Cervical | | 7546 | Trans. Pressão | | | | |
| 198 | Coletor Urina Aberto | | 2560 | Transofix | | | | |
| 199 | Coletor Urina Fechado | | | Stent | | | | |
| 2367 | Conector Easy ketch | | | Stent | | | | |
| 42430 | Conector Y | | | Stent | | | | |
| 231 | Eletrodos | | | | | | | |
| 150 | Equipo Macro | | 1208 | Ácido Acetil Salicílico 100mg | | | | |
| 243 | Equipo Macro c/ PC Rolet | | 1388 | ABD | | | | |
| 239 | Equipo Bomba Infusão | | 1166 | Adrenalina (EDINEFRINA) | | | | |
| 242 | Equipo Fotossensível | | 7484 | Adenosina | | | | |
| | Equipo p/ Hemotransfusão | | 1669 | Aminofilina | | | | |
| 1257 | Equipo p/ Contraste | | 1031 | Atropina | | | | |
| 258 | Esparradrapo Impermeável | | 1067 | Ancoron 50 mg/3ml | | | | |
| 255 | Esparradrapo Hipoalergênico | | 1389 | Bicarbonato de Sódio 8,4% | | | | |
| 2162 | Escova descartável | | | Capitopril | | | | |
| 2083 | Éter | | 1156 | Cadilánida (DESLANOSIDO) | | | | |
| 3419 | Extensor Bomba 77cm | | 973 | Cefazolina 1g | | | | |
| 3410 | Extensor Bomba 22cm | | 1156 | Cedilanide | | | | |
| | Extensor Fix | | 977 | Cefazolina | | | | |
| | Extensor Silicone (látex) | | | Contraste | | | | |
| 273 | Fita p/ HGT | | 1390 | Cloreto de Potassio 10% 10ml | | | | |
| 205 | Gaze 7,5 x 7,5cm | 5 | 1391 | Cloreto de Potassio 19,1% 10ml | | | | |
| 276 | Gorro | | 1057 | Clopidogrel 75mg (PLAVIX) | | | | |
| 110 | Gesso N° 15 | | 1093 | Dexametasona 4mg/2,5ml | | | | |
| 274 | Gel p/ E.C.G. | | 1092 | Dexametasona 2mg/ml | | | | |
| 3445 | Indeflaton | | 1877 | Diprosan | | | | |
| | Introdutor N° | | 1165 | Dobutamina | | | | |
| | Introdutor N° | | 1168 | Dopamina | | | | |
| | Introdutor N° | | 1359 | Dormonid (MIDAZOLAN) | | | | |
| | Introdutor N° | | 1210 | Dipirona | | | | |
| | Latex | | 1637 | Diazepam 5mg/ml | | | | |
| | Luva Cirúrgica Estéril N° | | | Dimorf | | | | |
| 295 | Luva Cirúrgica Estéril 7,0 | | 1315 | Dolatin | | | | |
| 296 | Luva Cirúrgica Estéril 7,5 | | 1359 | Dorminid | | | | |
| 297 | Luva Cirúrgica Estéril 8,0 | 1 | 1167 | Efedrina | | | | |
| 4054 | Luva Cirúrgica Estéril 8,5 | | 1085 | Etomidato | | | | |
| 362 | Luva Procedimento | | 1144 | Fenergan (PROMETAZINA) | | | | |
| 298 | Luva Procedimento Estéril | | 1532 | Fenoterol (BEROTEC) | | | | |
| 43776 | Lâmina Bisturi 11 | | 1304 | Fentanil (FENTANILA) | | | | |
| 289 | Lâmina Bisturi 15 | | 1281 | Forane (SERVOFLURANO) | | | | |
| 292 | Lâmina Bisturi 22 | | 1076 | Furosemda 10mg/ml | | | | |
| 3411 | Manifold | | | Glicose | | | | |
| 314 | Máscara Descartável | | 1072 | Heparina | | | | |
| 302 | Malha Tubular N° 15 | 1 | 1531 | Ipratrópio (ATROVENT) | | | | |
| | MP transvenoso (Eletrodo) | | 1124 | Isossorbida AMP | | | | |
| 1262 | Pró-Pé Descartável | | 7725 | Isuprei | | | | |
| 2040 | PVPI Tópico | | 976 | Keflin (CEFALOTINA) | | | | |

| EQUIPE | | NOME | | CONSELHO | | | | |
|------------------|----------------------------|------------|------|-------------------------|------------|------|-------------------------------|------------|
| Cirurg./Obstetra | DR MARCELO NOBREGA | | | CRM | 3522 | | | |
| 1º Auxiliar | | | | CRM | | | | |
| 2º Auxiliar | | | | CRM | | | | |
| Anestesiista | | | | CRM | | | | |
| Pediatra | | | | CRM | | | | |
| Enfermeiro | | | | CRM | | | | |
| Instrumentador | CLAUDION ALVES JUNIOR | | | COREN | 398035 | | | |
| Circulante | | | | COREN | | | | |
| | | | | COREN | | | | |
| COD. | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | COD. | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | COD. | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE |
| 1827 | Agulha de Punção | | 2041 | PVPI Degermante | | 2486 | Lanexat-TIOFIBAN 0,25mg/ml | |
| 79 | Agulha descartável 40 x 12 | | | PVPI Alcoólico | | 1076 | Lasix | |
| 75 | Agulha descartável 25 x 7 | | 3547 | Passador de Corda | | 1218 | Loversol 320mg | |
| 5867 | Agulha descartável 13 x 45 | | 1261 | Polifix 2 vias | | 1982 | Loxitalamato 100ml (TELEBRIX) | |
| 81 | Agulha p/ Raque | | 3605 | Perfurador 120cm | | 1219 | Loxitalamato 50ml (TELEBRIX) | |
| | Agulha p/ Peridural | | | Placa de Bisturir | | 3919 | Lobitridol 300 (HENETIX) | |
| | Água Oxigenada | | 3447 | Rotor | | 1124 | Monorodil | |
| 97 | Alcool 70% | | | Salto Ortopédico N° | | | Mefoxin | |
| 98 | Algodão Hidrófilo | | 1262 | Sapatilha Descartável | | 1374 | Narcan | |
| 99 | Algodão Ortopédico n° 10 | 5 | 339 | Seringa Descartável 1ml | | 1249 | Naropin 7,5 | |

| S.O.R.O. | |
|-------------------------|--------------------------|
| 10502 | Água Bidestilada 100ml |
| 10501 | Água Bidestilada 250ml |
| 10500 | Água Bidestilada 500ml |
| 43366 | Água Bidestilada 1000ml |
| | Clorexidina alc. |
| | Clorexidina derg. |
| 10496 | Ringer Simples |
| 42967 | Ringer Lactado |
| 10493 | Soro Glicosado 250ml |
| 10492 | Soro Glicosado 500ml |
| FILOS | |
| | Algodão |
| | Anglokitt |
| 3453 | Fita Cardíaca |
| | Mononylon N° |
| | Mononylon N° |
| | Prolene |
| | Vicryl |
| HEMÁCIA | |
| | Concentrado de Hemácias |
| | Plasma |
| | Albumina |
| EQUIPAMENTOS | |
| | Aspirador Portátil |
| | Bomba de Infusão |
| | Desfibrilador |
| | Intensificador de Imagem |
| | Monitor Cardíaco |
| | Oxímetro de Pulso |
| | Polígrafo |
| GASES | |
| | Ar Comprimido |
| | Nitrogênio |
| | Oxigênio |
| | Óxido Nitroso |
| | Dióxido de Carbono |
| TAXA DE EQUIPAMENTO | |
| | Aspirador Portátil |
| | Bomba de Infusão |
| | Desfibrilador |
| | Marcapasso |
| | Oxímetro de Pulso |
| | Polígrafo |
| | Intensificador de Imagem |
| | Monitor Cardíaco |
| OBSERVAÇÃO/OUTROS ITENS | |

Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
 Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
 Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
 Dt. Internacao.: 11/06/2018
 Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

| | |
|--|---|
| Motivo do Transporte: () Admissão () Cirurgias () Hemodinâmica (X) Transferência Interunidades () Exames Diagnósticos () Outros: | |
| Diagnóstico: <u>Fratura Tornozelo Esquerdo</u> | Tempo de Internação: |
| Alergias: <u>Amoxicilina</u> | Score Malinas: |
| Indicação do Procedimento: <u>TTT cirúrgico</u> | |
| Classificação de Risco do Transporte: | |
| Precaução: () NA () Contato () Aerossóis () Gotícula () Proteção/reverso | |
| Origem: <u>P.A. (Amanda)</u> | Data: <u>12/06/18</u> Hora de Saída: Prof. Resp.: |
| Destino: <u>Enfermaria 114 B</u> | Data: <u>12/06/18</u> Hora de Retorno: Prof. Resp.: |
| SINAIS VITAIS PRÉ-TRANSPORTE | |
| PA: <u>110</u> x <u>80</u> mmHg FC: <u>98</u> bpm FR: <u>16</u> rpm SPO2: <u>99</u> % TEMP: <u>36,8</u> °C | |
| RESPIRATÓRIO | |
| () IOT () TQT: () MV () CN (X) AR AMBIENTE | |
| FUNÇÃO RENAL | |
| Uréia: mg/dL Creatinina: mg/dL | TEMPO DE JEJUM: _____ |
| DISPOSITIVOS INVASIVOS | |
| () PICC () Dissecção Venosa (X) Periférico () PAI () SOG () SNG () SNE () Dreno de Tórax () DVE () SVA () SVD () Outros: _____ | |
| MEDICAÇÕES | |
| HV: <u>240</u> ml/h Drogas vasoativas: (X) Não () Sim, Quais: _____ Antibióticos: (X) Não () Sim, Quais: _____ | |
| SINAIS VITAIS PÓS-TRANSPORTE | |
| PA: _____ x _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm SPO2: _____ % TEMP: _____ °C | |
| INTERLOQUE COM O SETOR DESTINO | |
| () Alterações clínicas: _____ () Falha de equipamentos: _____ () Outros: _____ | |

() Transporte concluído com êxito ao setor de destino.
 () Transporte concluído com êxito ao setor de origem.

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO TRANSPORTE:

| | | |
|--------|--|--------------------|
| Médico | Enfermeiro | Fisioterapeuta |
| | <u>Sandra M. de A. Almeida</u> COREN RN 188022-15 | |
| | Técnico de Enfermagem | Aux. de Transporte |

