



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
44171 533	07/06/2019 12:04	Petição Inicial	Petição Inicial
44171 949	07/06/2019 12:04	1 PI DIFERENÇA AMANDA VIVIAN 2019 DPVAT	Outros documentos
44171 955	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 01	Outros documentos
44171 964	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 02	Outros documentos
44171 970	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 03	Outros documentos
44171 982	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 04	Outros documentos
44171 989	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 05	Outros documentos
44172 002	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 06	Outros documentos
44172 021	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 07	Outros documentos
44172 031	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 08	Outros documentos
44172 042	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 09	Outros documentos
44172 053	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 10	Outros documentos
44172 387	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 11.0	Outros documentos
44172 060	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 11.1	Outros documentos
44172 318	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 12	Outros documentos
44172 073	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 13	Outros documentos
44172 083	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 14	Outros documentos
44172 096	07/06/2019 12:04	DPVAT AMANDA GOMES 15.1	Outros documentos

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



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:11
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060712041011500000042709302>
Número do documento: 19060712041011500000042709302

Num. 44171533 - Pág. 1

**EXCELENTEÍSSIMO 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 1 do CPC, que todas as futuras intimações sejam remetidas para o endereço profissional, vale dizer, Rua João Pessoa, 198, sala 303, Edifício Canaçú, 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, aliena 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, mas 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 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, aliena 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 ÍNFIMO 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

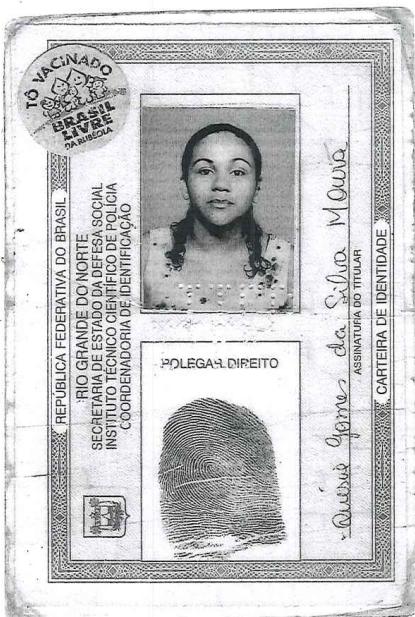
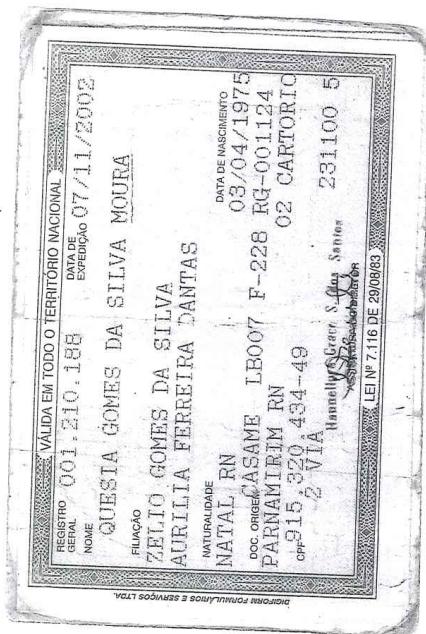




Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711573996500000042709671>
Número do documento: 19060711573996500000042709671

Num. 44171949 - Pág. 7





→ Representante legal.





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC, Estadual: 20055.423-3
Adm. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4552

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
INTITULADA: "CENTRO DE ATENDIMENTO"
E-mail: atendimento.caern@caern.com.br
Fone: (84) 3232-4552
115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

MATRÍCULA: 7363132 MÊS/ANO: 08/2018

DADOS DO CLIENTE

GILBERTO LIMA DE MOURA
RUA JOSE DE OLIVEIRA NETO, N, 228 - LIBERDADE
PARNAMIRIM RN 59155-555

INSCRIÇÃO	ROTA	SEGUROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
501.007.550.0152.000	6	6735	1
HIDROMETRO Y1ZN219930	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	

CONSUMO ÁGUA (m³): 10 DATA LEITURA: 15/08/2018
LEIT. ATUAL: 691
LEIT. ANT.: 681
DIAS CONSUMO: 30

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
07/2018	12	05/2018	11	03/2018	10	10
06/2018	11	04/2018	10	02/2018	7	

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 m ³	39,99
ESGOTO		
70,0% DO VALOR DE ÁGUA		27,99
JUROS DE HORA 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)
ValP 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	5,55	98,05 %	1,28	7,65

ARUANA SEGURADORA
19 OUT 2018

ARUANA SEGURADORA
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

Num. 44171970 - Pág. 1



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



Ato de declarante

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 2ª DELEGIACIA DE POLICIA 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
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.7 Logradouro: AV. CAJUPIRANGA
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

*Tel: 84 99999-5222
R\$ 1687,00*

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: 67102164000 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 3.22 Logradouro: RUA: DOS IMIGRANTES
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.24 CEP:
3.23 Cidade: PARNAMIRIM

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 INCLUIDOS ACUSADOS)

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

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

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARCEU 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 CÓD. RENAVAM 00809572532 QUE SE ENCONTRAVA EM NOME DA SR^a ALYNNE KELLY DANTAS DA SILVA BARBOSA E A SUA FILHA A SR^a 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 IMPOSSIBILITADA 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.

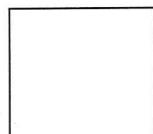
Data 21/06/2018 10:35:58

hanchi Almira Ruth de Lima

Policial

gracita para o meu

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

Página 11

Autógrafo: J2018024001345 - Código de autenticação: d24c61810d4453e4dc92ac2e8dbe9a0b



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

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711581124600000042709703>

Número do documento: 19060711581124600000042709703

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

14.06

DADOS DO PACIENTE:

Registro: 654565 Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Nascimento: 18/03/2003 00:00:00 Idade: 15 anos Sexo: Feminino
Estado Civil: Casado RG: 2663570 CPF: 114.159.814-00
Mai: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA
Endereço: R JOSE DE OLIVEIRA NETO N° 228 LIBERDADE
CEP: 59000-000 Cidade: PARNAMIRIM-RN Estado: RN
Tel:8420107506 E-mail: Procedência: DIAMANTES/SOS

DADOS DO RESPONSÁVEL:

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

DADOS DO CONVÊNIO:

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

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



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





GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° Guia no 60937275



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

Num. 44172002 - Pág. 1

74194720

Unimed		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO				2- Nº Guia no Prestador	
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha			
3 3 5 5 9 2							
7/1/2019							
Dados do Beneficiário							
7-Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9-Atendimento a RN					
AP20030010450926	31/12/20						
10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde						
Flavanda Vivian G. Moura							
Dados do Contratado / Solicitado							
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado						
Dr. Marcelo V. Rocha CRM 3522							
Dados Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação							
14 - Código na Operadora / CNPJ	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código CBO			
111000028	OPM	3522	PM				
20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação						
Unimed	11/11/2019						
22 - Caráter do 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	U	2	01				
28 - Indicação Clínica							
Paciente com dor edema e deformidade nos tornozelos e espasmo. Rx com infusão de meldonacina e abertura de trombólise direta e							
29-CID 10 (1)	30-CID 10 (2)	31-CID 10 (3)	32-CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
582							
Procedimentos, Outras Assistências, Subsídios							
34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut			
01- 307282-6		Fracturas ligamentares					
03- 307281-8		Fractura ligamentar					
04- 1							
05- 1							
06- 1							
07- 1							
08- 1							
09- 1							
10- 1							
11- 1							
12- 1							
Dados da Autorização							
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada					
11/11/2019							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES					
45 - Observação / Justificativa							
11/11/18	Marcelo Vitorino de Oliveira Rocha CRM 3522						
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
	Marcelo Vitorino de Oliveira Rocha CRM 3522	Valeska Jones					



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

SOLICITAR Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924

Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

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

Dt. Internação: 11/06/2018

Código: Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

Hospital:

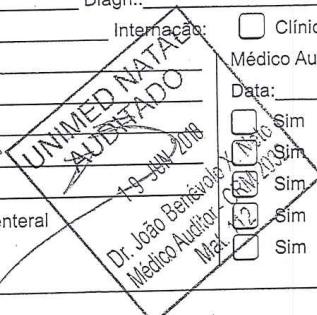
Dias: Solt.: _____ Lib.: _____ Diagn.: _____

Cód. Solt.: _____ Internação: Clínica Cirúrgica UTI

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: _____

EDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Internamento: _____

Leito: 119 B

Médico Auditor:

Data: _____ / _____ / _____

Sim Não

Registro: 654565 / Num Cartela: 0620030010470924
Sociedade Coop. de Tra
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
Rua Mipibú, 511 - Petrópolis
Dt. Internacao: 11/06/2018
Telefone (84) 3220-6200 - Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

660937275
12/06. 08:42.
imed 
Natal

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Usuário: *Amanda Vivian G. Moura* Data do Internamento: _____

Código: _____ Leito: *519 B*

Hospital: _____

Dias: Solicit.: _____ Lib.: _____ Diagn.: _____

Cód. Solicitado: *Dr. Marcelo V. Ribeiro* Internação: Clínica Cirúrgica UTI

Médico Assistente: *Dr. Marcelo V. Ribeiro* Médico Auditor: _____

Parecer (Avaliação): Especialista: _____

Acompanhamento: Especialista: _____

Prorrogação: Dias: _____

Isolamento: _____

Nutrição: Enteral Parenteral

Mudança de Procedimento: _____

Data: _____

Sim Não

Sim Não

Sim Não

Sim Não

Sim Não

Procedimento Anterior: _____

Procedimento Atual: _____

Sim Não

Ventilação não invasiva: _____

Sim Não

Materiais de Alto Custo: _____

Especificar: *02 Parafusos Esfágicos 3,5*

02 Parafusos Cortidais 3,5

Sim Não

Medicamentos de alto custo: _____

Especificar: _____

Justificativa do Médico Assistente para o procedimento solicitado:

paciente com infecção da ferida

e necessários fixar os cravos

para fechar a ferida

Assinatura e Carimbo

Marcelo Nóbrega Ribeiro
TEOT/6433 / CRM 3522

Data: *11/06/18*

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

ARUANA, SEGURADORA
19/06/2018

ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS

Data: _____ Assinatura e Carimbo

ANS - n.º 33559-2



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

ARUANA SEGUROS
 21 SET 2018

Hospital

Unimed

BOLETIM DE SALA

REGISTRO:

CLINTE:

CIRURGIA REALIZADA:

DATA: 12/06/18

CONVÉNIO:

19:10 TÉRMINO: 20:10

EQUIPE	NOME	CRM	ASSINATURA
CIRURGÃO	DR. <i>Marcos Nobreza</i>		
1º AUXILIAR	DR.		
2º AUXILIAR	DR.		
3º AUXILIAR	DR.		
ANESTESISTA	DR. <i>Fábio Gerson</i>		DR. Fábio Gerson Sa Médico Anestesiologista
ENFERMEIRO	<i>Kelly</i>		
INSTRUMENTADOR	<i>Adriano</i>		
CIRCULANTE	<i>Jucy</i>		

DESCRÍÇÃO	CÓD.	QTDE	DESCRÍÇÃO	CÓD.	QTDE	DESCRÍÇÃO	CÓD.	QTDE
Algodão 70%	97	1	Esparadrapo hipoalergênico	256	20	Sonda end. c/ balão nº		
Algodão	98	1	Esponja (GELFOAM)	3324		Sonda foley 2 vias nº 14	393	
Algodão ortopédico 15 cm	100	04	Extensão de silicone desc.	2124	02	Sonda foley 2 vias nº 16	394	
Algodão ortopédico 20 cm	101	1	Extensorfix 120 cm	267		Sonda foley 2 vias nº		
Aguilha de raque desc. nº 27	84	1	Extensorfix 60 cm	272		Sonda foley 3 vias nº		
Aguilha desc. 13 x 4,5	73	1	Faixa de SMARCH nº 12	2838		Sonda gástrica Fouchet	2991	
Aguilha desc. 25 x 7	75	1	Faixa de SMARCH nº 15	2839	02	Sonda uretral nº 12	449	
Aguilha desc. 40 x 12	79	1	Faixa de SMARCH nº 28	2840		Sonda uretral nº 14	450	
Aguilha peridural desc. nº 18	87	1	Gaze 10 x 10	2042	30	Sonda uretral nº		
Aguilha peridural desc. nº 16	97	1	Gaze 7,5 x 7,5	205		Surgicel	281	
Aguilha raque nº 25	82	1	Glutaaaldeido 14 dias	277		Tesoura de Ultracisium Ethicon	3511	
Aguilha raque nº 27	84	01	Glutaaaldeido 20 dias	278		Tomerinha 3 vias	459	
Anel de silástic	4051		GORRO DESCARTÁVEL	276	04	Touca descartável	1280	01
Ap. tricotomia desc.	1254		Grampeador Endogia	3508		Formol	181	
Atadura de crepon 20 cm	106		Grampeador Ethicon	2607		DISPONÍVEL LAVAGEM		
Atadura de crepon 30 cm	108		Hidrocolísona 500 mg	1104				
Atadura de crepon 15 cm	105		Lâmina de bisturi nº 11	288		MEDICAMENTOS		
Azul de metíleno	3069		Lâmina de bisturi nº 15	289		ABD 1000 ml	1999	
Bolsa de Karaya	2071		Lâmina de bisturi nº 23	293	02	ABD 10 ml	1388	01
Caneta dermatográfica	3545		Luva cirúrgica est. 6,5	2070		ABD 500 ml	1720	
Capa de vídeo	2128		Luva cirúrgica est. 7,0	295		Adalat (NIFEDIPINA)	1120	
Cargas azuis	2762		Luva cirúrgica est. 7,5	296		Adrenalina (EPINEFRINA)	1166	
Cargas brancas	2765		Luva cirúrgica est. 8,0	297		Albumina humana	1672	
Cateter epidural nº 18	137		Luva cirúrgica est. 6,5	4054		Antak (RANITIDINA)	1143	
Cateter intravenoso nº 18	7295		Luva de proc. estéril G	300		Atropina D1000 ml + PIREC 1000 ml	01	
Cateter intravenoso nº 20	7296		Luva de proc. estéril M	298		Bextix (PARECOXIB)	2576	
Cateter intravenoso nº 22	7297		Luva de proc. NÃO estéril	362	08	Buscopan (ESCOPOLAMINA)	1447	
Cateter P/2 tipo óculos	181		Máscara com tiras	314	05	Buscopan composto	1448	
Cera para orso	3290		Palito de laranjeira	3035		Cipro (CIPROFLOXACINO) 400 mg	986	
Clip p/ bolsa de colostomia	3420		Perfusor SET 120 cm	3605		Clexane (ENOXOPARINA) 20mg	1223	
Clorhexidina desgermante	194	00	Perfusor SET 60 cm	3604		Clexane (ENOXOPARINA) 40mg	1224	
Clorhexidina tópica	2121	00	Pemeira grande	3921		Clonidina (CLONIDINA)	1177	
Coletor de urina aberto	2169		Pemeira média	3644		Decadron (DEXAMETAZONA)	1093	01
Coletor de urina fechado	199		Pemeira pequena	3922		Dolantina (PETIDINA)	1315	
Compressa cir. 23 x 25	120		Placa de bisturi desc.	1276		Dormonil 15 mg (MIDAZOLAN)	1359	01
Compressa cir. 45 x 50	121	10	Placa de bisturi desc. CONMED	5228		Dormonil 50 mg (MIDAZOLAN)	1360	
Cotonoides	208		Polifix 2 vias	1261	04	Dormonil 5 mg (MIDAZOLAN)	1358	
Dreno de BLAKE nº 1	3588		PVPI alcoólico	4585		Efédrina	1167	
Dreno de BLAKE nº 19	3588		PVPI desgermante	2041		Epíziam (RETINOL)	1537	
Dreno de BLAKE nº 24	3501		PVPI tópico	2040		Esmeron 10 mg (ROCURÔNIO)	1429	
Dreno de KEER nº 1			Reservatório 300 ml	3502		Femerol (PROMETAZINA)	1144	
Dreno de PENROSE nº 2	210		Reservatório tipo pêra	3500		Fentanil 0,05 mg/10 ml (FENTALINA)	1304	01
Dreno de succção nº 3,2	227		Sapatilha cirúrgica	1262		Fentanil 0,05 mg/2 ml (FENTALINA)	1303	
Dreno de succção nº 4,8	228		Seringa desc. 10 ml S/A	347	03	Fentanil 0,05 mg/5 ml (FENTALINA)	1305	
Dreno de succção nº 6,4	229		Seringa desc. 1 ml S/A	339		Fibrase (COLAGENASE)	1540	
Eletrodos desc. Adulto	231	05	Seringa desc. 20 ml S/A	348		Flagil (METRONIDAZOL)	1003	
Enoxiparina 20 mg	1223		Seringa desc. 3 ml S/A	345	01	Forane (ISOFLURANO)	1087	
Equipo Artroscopia	3398		Seringa desc. 50 ml S/A	349		Haloperidol (DROPERIDOL)	1285	
Equipo de b. infusão LIFEMED	241		Seringa desc. 5 ml S/A	346	01	Hipnotidate (ETOMIDATO)	1085	
Equipo macro c/ injetor	244		SNG nº			Isordil (ISOSORBITA)	1124	
Equipo macro-gotas	247		Sonda de asp. traqueal nº 12	355		Kefazol (CEFAZOLINA)	977	02
Equipo PVC	248		Sonda de asp. traqueal nº 14	256		Keflin (CEFALOTINA)	976	
Escova de deglutição	2162	02	Sonda de asp. traqueal nº			Kytril (GANICETRONA)	1451	
Esparadrapo hipermeável	258		Sonda end. Aramada nº			Lanexate (FLUMAZENIL)	1373	

HU-MOD 007/06



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

<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711582962600000042709720>

Número do documento: 19060711582962600000042709720

Num. 44172002 - Pág. 5

Ivana Kelly da S. Ferreira
05EN-2N 355.904-ENF

Enforcement (n)



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 12/06/18

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

A handwritten graph on lined paper showing the relationship between MOR (Magnetic Anomaly Resolution) and depth. The vertical axis (y-axis) is labeled 'MOR' at the top and has numerical markings from 02 to 20 in increments of 2. The horizontal axis (x-axis) represents depth, with a wavy line drawn across the grid. A series of 'U' and 'V' shaped wiggles is drawn along this line, representing magnetic anomalies. A specific point on the curve is circled, and the value '0.02' is written next to it. The graph is drawn with a black pen on white paper.

GASOTERAPIA

OXIGÉNIO: Início: _____ Término: _____
OXI. NITROSO: Início: _____ Término: _____
NITROGÉNIO: Início: _____ Término: _____
GÁS CARBÔNICO: Início: _____ Término: _____
AR COMPRIMIDO: Início: _____ Término: _____

EQUIPAMENTOS

Bomba de Infusão	23	<u>ECC DIF U1</u>
Capnógrafo	24	
Monitor com PNI	25	
Oxímetro de Pulso	26	<u>PANI SIS' MJE</u>
Bomba Diprofusora		
Pressão Invasiva		<u>OXIUR NO MJO</u>
Craniotomo		
Ultracision		
Bisturi Elétrico		
Intensificador de Imagem		
Microscópio		
Video		
Sist. Pneumático		
Colchão Térmico		

HU-MOD 022/06

ANESTESIA: TIPO ELIXICO NEURO AXIAL
TÉCNICA: SUBARACNOIDES

1843

Início Anestesia: 17:10 Início Cirurgia: 19:15
Fim Anestesia: 20:00 Término Cirurgia: 20:00

DROGA USADA		UNID.	QTDE.
01 -	MIDAZOLAM	15g	01
02 -	FENANIL	100g	01
03 -	RUPHIA CAIMA P	0,5g	01
04 -	ACUCHEA QUINCLE	27g	01
05 -	MINCIN SÍNAPIS	500g	01
06 -	CEFAZOLINA	1g	02
07 -	INAMIN 06	1g	01
08 -	DEXIA METATETRAMINA	10g	01
09 -	DIPINOLINA	1g	02
10 -	TELENIXI CATM	40g	03
11 -			
12 -			
13 -			
14 -			
15 -			
16 -			
17 -			
18 -			
19 -			
20 -			
21 -			
22 -			
23 -			
24 -			
25 -			

SANGUE / DERIVADOS

Dr. Fábio Gérsom Sá
Médico Anestesiologista
CRM: 42.325
CRF: 009.808.194.23

Assinatura/Carimbo Anestesia

CRM

CPF





BOLETIM DE CIRURGIA

CIRURGIA REALIZADA: Ressecção Cervical de Krukenberg
DATA: 11/01/2011 INÍCIO: 08:00 TÉRMINO: 11:00

EQUIPE	NOME	CRM	
CIRURGÃO	<u>D. Marcelo F. Rohr</u>	3522	ESSA MESA NÃO PODE SER USADA
1º AUXILIAR			ESSA MESA NÃO PODE SER USADA
2º AUXILIAR			ESSA MESA NÃO PODE SER USADA
3º AUXILIAR			ESSA MESA NÃO PODE SER USADA
ANESTESISTA	<u>Fábio Géson</u>		Dr. Fábio Géson Sá
ENFERMEIRO	<u>Rolly</u>		Medico Anestesiologista
INSTRUMENTADOR	<u>Adriano</u>		CRM RN 5325
CIRCULANTE	<u>Táres</u>		CPF: 009.808.194-23

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

an event in which the building collapsed, but one that was anticipated, except that the collapse involved an unexpected factor,即 the entrance for planes to the airport. It was not the failure of the structure itself, but the failure of the people to anticipate the possibility of such an event. The building was designed to withstand a maximum wind speed of 30 mph, but the wind speed on the day of the accident was 50 mph. The building was not designed to withstand such high winds, and the collapse was a result of the combination of the high winds and the lack of structural support.

JUSTIFICATIVA P/ MATERIAL DE ALTO CUSTO:

POTENCIAL CONTAMINAÇÃO

CIRURGIA		TEMPO
1	Pequena	
2	Média	
3	Grande	
4	Símultâneas	
Principal e Secundária		

Assistência/Carimbo Cirurgião

Ivana Kelly da S. Ferreira
COREN-RN 355 504 EN

Assinatura/Cerimônia Enfermeira



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

Hospital
Unimed 

Cirurgia: NO CIRURGIA

Diagnóstico: ~~ESTRUTURA DE NERVO FÍSICO~~ (ESTRUTURA DE NERVO FÍSICO)

Diagnóstico: ~~TOXICITAT VÍTAMINAS C, D, E, K~~

Cirurgião: DR. JOSÉ F. S. FONSECA

Anestesiologista: ABDUL HAMID

Peso (Kg)	Altura (Cm)	EP	PE
-----------	-------------	----	----

gistro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924

Re: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

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

Internacao.: 11/06/2018

ie: QUESIA GOMES DA

for a low-growth view most of

Peso (Kg)	Altura (Cm)	FP	Pulso (bpm)	Temp (Cº)	PA (mmHg)	Jejum (Horas)
65						

Avaliação Clínica

neuroológico	Gastrointestinal	Laboratório			
<input type="checkbox"/> Cervicais	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Úlcera	Hb	Ht
<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Gastrite	Plaquetas	Glicemia
<input type="checkbox"/> Neuropatias	<input type="checkbox"/> Nervoso	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite		
<input type="checkbox"/> Déficits	<input type="checkbox"/> Mero			Outros:	

Renal	Hábitos Sociais	Músculo Esquelético	Medicação em uso:
<input type="checkbox"/> NRC <input type="checkbox"/> Calculus Renal	<input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Hérnia Discal	

<input type="checkbox"/> Diálise	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Músculo Distrofia
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Escoliose
Hematológico		
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> tireoideopatia	<input checked="" type="checkbox"/> Medicamentosas
<input type="checkbox"/> Hemofilia		<input type="checkbox"/> Alimentar
<input type="checkbox"/> Transfusões Anteriores		<input type="checkbox"/> Látex
Endocrino		
Cirurgias Anteriores		
ARIANA SEGURADORA 19 OUT 2018		
Quais?		

Comentários sobre os achados

Comentários sobre os achados	I	II	III	IV
	V	VI	Urgência	Emergência

Pisco Cirúrgico (NYHA)

Risco Cirúrgico (INTRA)				
ARUANA SEGURO 2018-2019	I	II	III	IV

V VI

Indice de Goldman			
I	II	III	IV

Assinatura do Anestesiologista

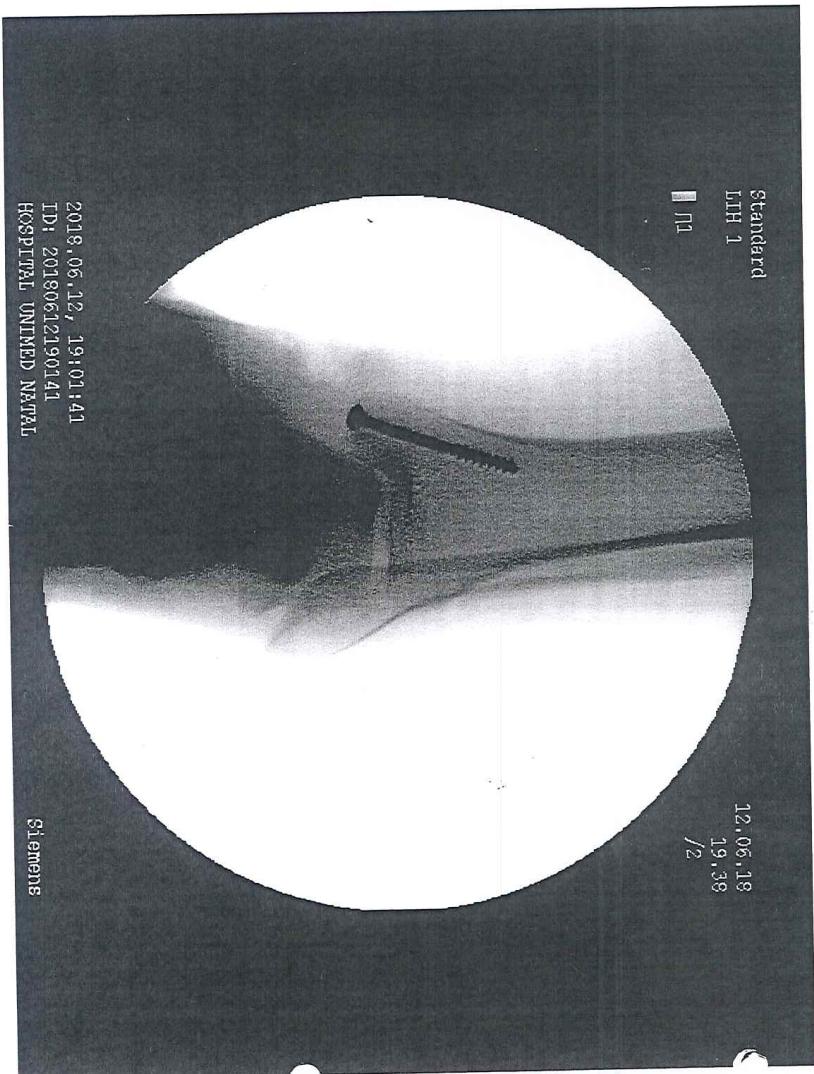
Dr. Fábio Gérsom Sá
Médico Anestesiologista
CRM KN 5325
CNPJ 11.000.000/0001-23

CRM



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:16
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711583880500000042709738>
Número do documento: 19060711583880500000042709738

Núm. 44172021 - Pág. 1



Registru: 034000 / Numb Carteira: 06200500104/0924
 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

Data: ____ / ____ / ____



Hospital
Unimed

FICHA DE MATERIAL

MEDICAÇÕES INJETAVEIS	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	1		1	Algodão (bola)			1	Luva estéril (par)				
Seringa 20cc				Álcool (5ml)				Gaze (p. c/ 10)				
Aguilha 13x4,5				Luva proc. (par)				SF 0,9% 100 ml				
Aguilha 25x7				Seringa 1cc				Transofix				
Aguilha 40x12	1		1	Aguilha 13 x 4,5				SONDAS	QUANTIDADE			
Equipo Macro.				PUNÇÃO VEN./SHV	QUANTIDADE				M	T	N	
Equipo de BIC					M	T	N	Sonda N°.				
Equipo Foto BIC				Jelco N°				Máscara				
MEDICAÇÕES POR SONDA	QUANTIDADE			Scalp N°				Gaze (p. c/ 10)				
	M	T	N	Algodão (bola)				Luva estéril (par)				
				Álcool (5ml)				Xylestesin gel (5gr)				
Seringa 20cc			1	Micropore. (cm)				Seringa 20cc				
Luva proc. (par)				Luva proc. (par)				ABD (20ml)				
BANHO	QUANTIDADE			Equipo macro.				Coletor fechado				
	M	T	N	Equipo BIC				Coletor aberto				
IGIENE ORAL				Polifix 2 vias				Clorex. Degerm.				
Compressa				Luva Estéril (par)				Micropore (cm)				
Gaze				Tornearinha				Transofix				
Luva proc. (par)				PUNÇÃO CTI	QUANTIDADE			Clorex. Aquosa				
Clorexidina (5ml)					M	T	N	SAL/HID/ HEP.CATETER	QUANTIDADE			
Clorexidina Deg. (100ml)				SF 0,9% 10ml					M	T	N	
TÓPICOS	QUANTIDADE			ABD 20ml				SF 0,9% (10ml)				
	M	T	N	Aguilha Cytocan n°				ABD (10ml)				
Demodex (5gr)				Máscara Desc.				Heparina (5ml)				
Reparil gel (5gr)				Luva estéril (par)				Seringa 10cc				
Dersani (10ml)				Luva estéril (par)				Seringa 3cc				
CURATIVO GTM/TOT/TQT	QUANTIDADE			Heparina 5ml				Aguilha 40x12				
	M	T	N	SELO D'AGUA	QUANTIDADE			OUTROS	QUANTIDADE			
Máscara Desc.					M	T	N		M	T	N	
Luva Estéril (par)				Micropore (cm)				Cateter 02				
Gaze (pct c/ 10)				Seringa 3cc				ABD 250ml				
SF 0,9% (100 ml)				Clorex. 0,5% (5ml)				Filtro Bacteriológico				
Cadárgo (cm)				Heparina 5ml				Equipó p/ dieta				
opore (cm)				DISPOS. URIN.	QUANTIDADE			Atadura (10cm)				
INTUBAÇÃO/VM.	QUANTIDADE				M	T	N	Atadura (15cm)				
TOT N°					Transofix (unid)			Algodão ortopédico				
Segina 20cc				Álcool 70% (5ml)				Disp. de Acesso				
Xylestesin gel (10gr)				S.F. 0,9% 500ml				Fechado intravenoso				
Gaze (p. c/ 10)				LAVAGEM INTEST.	QUANTIDADE			Transofix				
Luva estéril (par)					M	T	N	Touca descartável				
Cadárgo (cm)					Preservativo masc.			19 OUT 2018				
Equipo Macro					Coletor aberto							
ABD 500ml				MTZ CARDÍACA	Micropore (cm)			ARUANA C/ GIRADURA				
LAVAGEM INTEST.	QUANTIDADE				Luva Proc. (par)							
Equipo Macro	M	T	N		Eletródos							
Xylestesin gel (10gr)								ARUANA C/ GIRADURA				
Luva Proc. (par)												
Micropore (cm)								ARUANA C/ GIRADURA				
Máscara Desc.												

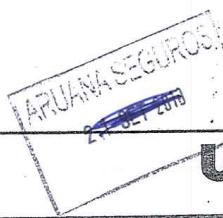
EQUIPE

MANHÃ

TARDE

JOELIA GOMES DA COSTA
CORRÊA 42748-076





Hospital

Unimed



Evolução Multidisciplinar

Registro: 854565 / Num Cartela: 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

11/6/18

Paciente foi admitida com
fratura dos fôrquitos e
Solicitou exame pré-operatório.

*Assinado pelo(a) Dr(a) Marcelo Nóbrega Rocha
TEOT 8433 / CRM 3522*

ARUANA SEGUROADORA

19 OUT 2018

12/6/18

Paciente submetida aos tra-
mentos cirúrgicos em fôrquitos e
sem intercorrências.

*Assinado pelo(a) Dr(a) Marcelo Nóbrega Rocha
TEOT 8433 / CRM 3522*

13/6/18

Paciente evolui afebril e com
dor no fôrquito e no T.D.P.O.
Conduta mantida.

*Assinado pelo(a) Dr(a) Marcelo Nóbrega Rocha
TEOT 8433 / CRM 3522*





19/6/18
Paciente John John
Além de melhor situação
falei hospitalar

Guilherme Siqueira Socha
TEST 633/CRM 532

RA
TEST 633



Placa de Bisturi: 5mm

Eletrodos: 5mm

Horário do início do garroteamento: 19:30

Horário do término do garroteamento: _____

Tricotomia: Não Sim

Local: Unidade de Internação Sala Operatória Domicílio > 2 horas

Material Utilizado: Aparelho Barbeador Tricotomizador 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

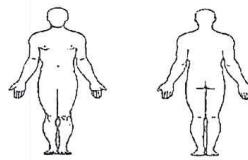
Protetor Térmico: Não Sim

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 nº _____ IOT aramado: Não Sim - nº _____

AVP: Não Sim: _____ Jelco nº 20 por Na vaid Dissecção Venosa: Não Sim Por _____

AVC: Não Sim _____ por _____ Instalada PAI Não Sim Por _____

IC: Não Sim por _____ Cateter O₂: Não Sim SNG: Não Sim Nº _____ SNE: Não Sim

SVD: Não Sim Nº _____ Efetuada por: _____

Intercorrências: _____

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

Ventral: Trendenleburg SIMS

Placa de Bisturi: Não Sim Local: —/—

Medicações administradas no intra-operatório (Hora: 19:30 h) Administredas reforçadas 1/4
Fá + Dipirona 1g 02 Flrys + Dexametasona 0,1mg poe +
Furoxona 100mg 01 Fr + Diâmin 0,6 01 ampôla evi
anestésicos.

Intercorrências: _____

ARUANA SEGURADORA
19 OUT 2018

Infusões intra-operatórias de hemoderivados

CH: _____ qtd. Plasma: _____ qtd. Plaquetas: _____ qtd. Crio: _____ qtd. Expansor plasmático: _____ qtd.

ARUANA SEGURADORA
19 OUT 2018

2



Carimbo das Equipes: _____

HOSPITAL URIMED NATAL	HOSPITAL URIMED NATAL
CIRURGIA REALIZADA:	Fratura de tibia e fíbula (Open)
INSTRUMENTADOR:	
PEDIATRA:	
INICIO DA ANESTESIA:	
ANESTESISTA:	19:10
INICIO DA H. SÍGNA:	
FECHAMENTO DA INCISÃO:	19:15
TERMINO DA ANESTESIA:	20:10
TIPO DE ANESTESIA:	Releve (27 spinocen)
CIRURGIA:	Marcos Pereira
1º AUXILIAR:	
2º AUXILIAR:	
ANESTESIA:	Drº Fabio Gertson
INICIO DA ANESTESIA:	
PEDIATRA:	
INSTRUMENTADOR:	Adriane
CIRULANTE:	Wesley

Hora	Temperatura	FC	SPO ₂	PA	PAI	PVC
19.00	36	+8	100	116 x 49	-1	-
	-	+8	100	118 x 72	-1-	-

- CHECK OUT - NA SALA DE CIRURGIA (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

CHECK OUT

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contagem de Compressas N° entregues: <u>120 AP 120</u> | N° Conferidas: <u>120 AP 120</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Peça Cirúrgica para anatomia patológica | <input type="checkbox"/> Sim. <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Identificação da peça com etiqueta do paciente | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Quantidade de peças: <u>1</u> | Especificação da peça: <u>1</u> |
| <input type="checkbox"/> Eventos prevenidos com TIME OUT | <u>1</u> |
| <input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos? | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Houve algum EAS relacionado ao procedimento cirúrgico? | <u> </u> Foi notificado? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |

Paciente encaminhado para: SRPA UTI Unidade de Internação Residência

ENCAMINHAMENTO PARA A SRPA

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

Peridural sem Catefer Raqui Bloqueio Sedação Loca

Oxigenoterapia: Ar Ambiente MV % Cateter O₂ TOT Outros

Oxigenoterapia: Ar Ambiente MV _____ % Cateter O TQT Outros

Monitorização: ECG Oximetria PA PA Invasiva PVC Hora Instalado _____ Hora Desligado _____

Sonda Gástrica Sonda Nasobenteral Sonda Vesical Guedel n. Frenose Latex
 Barracão Silícone Nelaton Tortex TOT nº Sucção Outros:

Nível de Consciência: Acordado Sonolento Calmo Agitado

VALORES DO ÍNDICE DE ALDBRETE - KROKH

VALORES DO ÍNDICE DE ALDRETE - KROLIK				
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 Distólica 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



1195

ÍNDICE DE ALDRETE - KROULIP

ÍNDICE DE ALARME								ACO	
	Hora	Consciência	Respiração	Satur. O ₂	Circulação	Atividade	PIA	PIA	PIA
ADM	20:30	02	02	02	01	02	08		
30 min	21:00	02	02	02	02	02	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: Sim Não ① Tipo: _____ Local: _____

② Tipo: _____ Local: _____

Cirurgia foi realizada a proposta: Sim Não (Se não, checar solicitação de autorização) Sondas, drenos e infusões Identificados
Encomendado: Residência Enfermaria UTI - Encaminhado por: **ROREN-RN** Data: **12/06/18** Hora: **22:30**

Encaminhado: Residência Enfermaria UII - Encaminhado por: RAY C. Morris Data: 11/10/2011 Hora: 08:00

CHECK OUT - SRPA (OBSTETRICIAN)

Uso de Parto: Normal Cesariana Sexo: ()F ()M Nascimento às : : h

Aspiração de VAS com sonda traqueal nº

Utilizado O₂: Sim Não Encaminhado ao: Bercario UTI Neonatal SVO

ANOTIÇÕES DE ENFERMAGEM

CARIMBO

do 22:30 hs paciente encaminhado para
o quanto em de amb. consciente, orientado
MVP, MIE imobilizado. Lembre o seu, se
que nos cuidados do paciente de enfer-
magem o aux de transporte.

~~ARUANA SEGURODORA~~
19 OUT 2014

~~BARUANA SEGURO~~

Trasferido por: Aurineide Silva C. Martins Hora: 22:30 Assinatura do Enfermeiro (a):





Registro Diário 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





ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Registro: 654585 / Num Carteira: 05200300104/0924
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Dt.Nasc.: 18/03/2003 Sexo: F
Dt. Internacao: 11/06/2018
Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

HU - MOD 012/06

21 SET 2016

Unimed - Natura												Braga 85655 / Num. Carteira: 020203000470524			
Registro Diário de Enfermagem												21/07/2010			
QUESTA GOMES DA SILVA MOURA												21/07/2010			
DATA: 12/06/18 SETOR: 12B												ISOLAMENTO			
LEITO: 1193												ALERTAS:			
ALERGIAS:												Vigilância Controle Protetor Respiratório			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA												OXIGENOTERAPIA			
Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Vigi <input type="checkbox"/>												M T N M T N			
ANALGÉSICO												Analgesia			
CN LMn: <input type="checkbox"/> Fim: MV LMn: <input type="checkbox"/> Fim: BIPAP LMn: <input type="checkbox"/> Fim:												CN LMn: <input type="checkbox"/> Fim: MV LMn: <input type="checkbox"/> Fim: BIPAP LMn: <input type="checkbox"/> Fim:			
ACESSO VASOCONSTRICTOR												TOT/ TOT Nebulização / Aspirado /			
Cetamina / Dextrofendamina /												NUTRIÇÃO			
Ciclosporina Tópica / Imunoterapia /												Oral Jejun			
Aspirado Venoso Perifônico - Urtado /												Sonda Nasogástrica - Vácuo: Vácuo: Gastrostomia - Vácuo: Jejunostomia - Vácuo: Cefalostomia - Vácuo: Núcleo Parenteral - Vácuo: Suplemento			
SISTEMA VENOSO												Data de Função: Data de Troca:			
CONTROLE DE INFUSÃO												M T N			
Hidratação Venosa (ml/h - BIC)												Sonda Nasogástrica - Vácuo: Gastrostomia - Vácuo: Jejunostomia - Vácuo: Cefalostomia - Vácuo: Núcleo Parenteral - Vácuo: Suplemento			
ELIMINAÇÃO VESICAL												PREVENÇÃO DE RISCOS			
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> FÁCIL <input type="checkbox"/> NÃO												M T N			
SONDA DE CETO / UVO / DEMORA												QUEDA DE PRESSÃO <input type="checkbox"/> Vácuo: <input type="checkbox"/> NÃO: USO DE PRESSÃO <input type="checkbox"/> Vácuo: <input type="checkbox"/> NÃO: COMUNICAÇÃO <input type="checkbox"/> Vácuo: <input type="checkbox"/> NÃO:			
DISPERSÃO / DILUÇÃO /												CURATIVOS LOCAL			
ELIMINAÇÃO INTESTINAL												CATETER CENTRAL / CTI			
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> FÁCIL <input type="checkbox"/> PRALDÃO												CATETER DE HEMODIALESE			
COCOSTOMIA												COSTÍGMA / TROMBO			
LEOSTOMIA												ILEOSTOMIA			
HIGIENE												TROMBO/ESTOMA			
ORAL <input type="checkbox"/> COLONIAL <input type="checkbox"/> LILIPRÁZAGA/AGUADEIRA												LESÃO POR PRESSÃO			
RÁXIMO <input type="checkbox"/> LÍQUIDO <input type="checkbox"/> COM AJUDA <input type="checkbox"/> SEM AJUDA												LESÃO POR PRESSÃO			
CONTROLE GLICÉMICO												LESÃO POR PRESSÃO			
HORA HGT (mg/dl) INSULINA GLICOSE INICIAS												LESÃO POR PRESSÃO			
CURATIVOS LOCAL												CURATIVO			
EQUIPAMENTO												CURATIVO			
MCC												COPA/TOALHA			
O2												Máscara/Respirador			
OXIGÊNIO												Máscara Pilos/			
Bomba de Stetna												Poterapia			
INÍCIO TÉRMINO												EVOLUÇÃO DA DIETA			
NOME COMPLETO												COREN 33/160 INICIAIS			
Giseva Angélica Nóbrega da Cunha												INICIAIS			

NOME COMPLETO

Unimed Natura												glos: 6565 - Nm: Cunha, 06203007/04/2024 AMANDA VIVIAN GOMES E MOURA Interlocutor: 18/03/2023 00:00:00 - Fim 21 SET 2018			
Registro Diário de Enfermagem												QUESIA GOMES DA SILVA MOURA			
DATA: 12/06/18 SETOR: 2-B LEITO: 105												ISOLAMENTO			
ALERGIAS:												<input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Controle <input type="checkbox"/> Proteção <input type="checkbox"/> Respiratório			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA												OXIGENOTERAPIA			
M T												M T N			
Consciência: <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Criança: <input type="checkbox"/> Adulto: <input type="checkbox"/> Idoso: <input type="checkbox"/> Fim												Desorientado: <input type="checkbox"/> MV: <input type="checkbox"/> Idoso: <input type="checkbox"/> Fim			
Desorientado: <input type="checkbox"/> BIPAP: <input type="checkbox"/> LMin: <input type="checkbox"/> Fim												Torporoso: <input type="checkbox"/> TOT: <input type="checkbox"/> TOT			
Vgl: <input type="checkbox"/>															
ACESSO VASCULAR												NUTRIÇÃO			
M T N												M T N			
Cetere Central: <input type="checkbox"/> Dissecção <input type="checkbox"/> Cateter: Tolerable: Implantado <input type="checkbox"/>												Nutrição: <input type="checkbox"/> Apredido: <input type="checkbox"/> Crise: <input type="checkbox"/>			
Acesso Venoso Perifônico: Local: <input type="checkbox"/> U.S.B. <input type="checkbox"/> Data da Puncão: <input type="checkbox"/> Data de Troca: <input type="checkbox"/>												Jejun: <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/>			
SISTEMA VENOSO												Gastrostomia: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/> Jejunostomia: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/>			
M T												Sonda Nasogástrica: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/> Gastrostomia: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/>			
CONTROLE DE INFUSÃO												Jejunostomia: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/>			
M T												Gastrostomia: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/> Jejunostomia: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/>			
Hora/ data Venosa: (min: :sec) <input type="checkbox"/> (galho:)												Núcleo Panreatico: <input type="checkbox"/> Vazio: <input type="checkbox"/> Suplementos: <input type="checkbox"/>			
Hora/ data Venosa: (min: :sec) <input type="checkbox"/> (galho:)															
ELIMINAÇÃO VESICAL												PREVENÇÃO DE RISCOS			
M T N												M T N			
ESPRINTEAMENTO: <input type="checkbox"/> PREVENÇÃO: <input type="checkbox"/> SONS: VESICAL ALAVO: DESCRIVA: <input type="checkbox"/>												Queda: <input type="checkbox"/> (1) Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>			
DISPOSITIVO URINÁRIO: APPARELHAGEM: <input type="checkbox"/>												LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> (1) Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>			
ELIMINAÇÃO INTESTINAL												COMUNICAÇÃO: <input type="checkbox"/> (1) Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>			
ESPONTÂNEA: <input type="checkbox"/> (1) FRACÇÃO: <input type="checkbox"/>												CURATIVOS			
COLOSTOMIA: <input type="checkbox"/>												CATETER CENTRAL: CT/1			
LEGOSTOMIA: <input type="checkbox"/>												CATETER DE HEMOCOALESE			
HIGIENE												GASTROSTOMIA: <input type="checkbox"/>			
ORAL: <input type="checkbox"/> COLUTORIO: <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA/AQUOSA: <input type="checkbox"/>												LESTOSTOMIA: <input type="checkbox"/>			
BANHO: <input type="checkbox"/> LEITO: <input type="checkbox"/> COM AJUDA: <input type="checkbox"/> SEM AJUDA: <input type="checkbox"/>												TRAQUEOSTOMIA: <input type="checkbox"/>			
CONTROLE GLUCÔMICO												LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/>			
HORA: Hg1 (mg/dL) INSULINA: GLICOSE: INÍCIOS: <input type="checkbox"/>												LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/>			
INÍCIOS: <input type="checkbox"/>												CIRURGICO: <input type="checkbox"/>			
INICIAIS: <input type="checkbox"/>												DREN: <input type="checkbox"/>			
INICIAIS: <input type="checkbox"/>												DREN: <input type="checkbox"/>			
INICIAIS: <input type="checkbox"/>												EQUIPAMENTO			
INICIAIS: <input type="checkbox"/>												INICIAIS		EQUIPAMENTO	
INICIAIS: <input type="checkbox"/>												Cianose: <input type="checkbox"/>		Macacasso Prov.: <input type="checkbox"/>	
INICIAIS: <input type="checkbox"/>												PNI: <input type="checkbox"/>		Fototerapia: <input type="checkbox"/>	
INICIAIS: <input type="checkbox"/>												OXÍMETRO: <input type="checkbox"/>		Bomba de Seringa: <input type="checkbox"/>	
INÍCIO TERMINO												EVOLUÇÃO DA DIETA			
												INÍCIAIS			
NAME COMPLETO												SOBRE			
Iniciativa: <input type="checkbox"/> Família: <input type="checkbox"/> Equipe: <input type="checkbox"/> Administrador: <input type="checkbox"/>												INSTRUÇÕES: <input type="checkbox"/> INSTRUÇÕES: <input type="checkbox"/>			

NOME COMPLETO



Unimed			IBRA 054861	Num. Carteira: 050300014070924	
Registro Diário: 18/03/2003 / 00h /			AVANCA VIVIAN GOMES MOURA		
de Enfermagem			Data: 18/03/2018		
QUESTA GOMES DA SILVA MOURA			LBB		
DATA: 18/03/2018 SETOR: 2-B			ISOLAMENTO		
LEITO: 19-B					
ALERGIAS:			Vigilância Contato Protetor Respiratório		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			OXIGENOTERAPIA		
M	T	N	M	T	N
Consciente			Ausência		
Dizidente			CN Lmín. Início: Fim: /		
Desorientado			MV 3% Início: Fim: /		
Torporoso			BIPAP Lmín. Início: Fim: /		
Vigil			TGT TOT		
ACESSO VASCULAR			Nebulização / Aspiração /		
M	T	N	NUTRIÇÃO		
Cástar Gástrico Diversos			Oral Jejun		
Cástar Tórraciano Instruído			Sonda Nasogástrica - Vazio		
Acesso Venoso Periférico - Local			Gastrorrostomia - Vazio		
SISTEMA VENOSO			Jejunostomia - Vazio		
Data de Função:			Branco		
Data de Troca:			Náusea Permanente - Vazio		
CONTRROLE DE INFUSÃO			Suplementos		
M	T	N	Sonda Nasogástrica - Vazio		
Hóstiorito Venoso (mlh-80c)			Gastrorrostomia - Vazio		
Hóstiorito Venoso (14 gástrico)			Jejunostomia - Vazio		
ELIMINAÇÃO VESICAL			Branco		
M	T	N	CATEDER CENTRAL / CTI		
ESPONTÂNEA (XWT /) FRALDA			CATEDER DE HEDONÓDIA		
SONDA VESICAL (XWT /) DÉMORA			GUTTATÓRIMA		
DISPERSÃO UROMA			ILEOSTOMIA		
ELIMINAÇÃO INTESTINAL			TIAUROSTOMIA		
ESPONTÂNEA (XWT /) FRALDA			LESÃO POR PRESSÃO		
COLOSTOMIA			LESÃO POR PRESSÃO		
ILEOSTOMIA			LÉSÃO DE PLEURA		
UPAL (XWT /) HIGIENE			LÉSÃO DE PLEURA		
UPAL (XWT /) LIMPEZA (XWT /) GLÓMEROCLÍNICA AGUDA			LÉSÃO DE PLEURA		
BANHO (XWT /) LÉITO (XWT /) COM AJUDA (XWT /) SEM AJUDA			LÉSÃO DE PLEURA		
CONTROLE GLICÉMICO			LÉSÃO DE PLEURA		
HORA	HGT (mg/dL)	INSULINA	GLICOSE	INICIAIS	
ORITRÓICO <i>Yan da Piana</i>					
DRENAGEM					
DREN					
DRENX					
EQUIPAMENTO					
INICIAIS					
EQUIPAMENTO					
INICIAIS					
INÍCIO			EVOLUÇÃO DA DIETA		
TERMINO					
NOME COMPUNTO					
<i>8 mma</i> <i>Domínio</i> <i>de Silveira</i>					
Data: 18/03/2018					
INICIAIS					



Registro Diário de Enfermagem											
Registro Unimed - Unimed Centro - 04/2020/04/2020											
Nome: ANA MARIA VIVIAN GOMES MOURA											
Data: 18/04/2020 - 06:00 - Domicílio											
Horário: 11:00/2018											
Vale: QUESADA GOMES DA SILVA MOURA											
Data: 14/06/18 SETOR: <u>10 andar</u>											
LEITO:											
ALERGIAS:											
ISOLAMENTO											
NIVEL DE CONSCIENCIA M T N Vigilância Contato Proteção Respiratório											
Orientado <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedade: _____											
Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedade: _____											
Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedade: _____											
Torporoso <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedade: _____											
Vigil <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedade: _____											
TODT TOT											
ACESSO VASCULAR M T N Nebulização / Aspiração / NUTRIÇÃO M T N											
Cávere Central / Periférico: _____											
Cávere Totalmente Implorado: _____											
Cávere Venoso Periférico - Local: _____											
SISTEMA VENOSO Data de Pungo: _____ Data de Troca: _____ Sonda Nasogástrica - Vácuo: _____											
CINTO/VOLVULO DE INFUSÃO M T N Sonda Nasogástrica - Vácuo: _____											
Hidratação Venosa (mlh - BID) Gastrostomia - Vácuo: _____											
Hidratação Venosa (240 g/min) Jejunostomia - Vácuo: _____											
Cávere Venoso - Vácuo: _____											
Núcleo Pancreático - Vácuo: _____											
Suplemento: _____											
ELIMINAÇÃO VESICAL M T N PREVENÇÃO DE RISCOS M T N											
ESPONTÂNEA / CAVC / I FRALDÃO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GUEDA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
SONDA VESICAL ALVIM DEMORA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
USO DO COPO/URINÁTROLA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
ELIMINAÇÃO INTESTINAL M T N CURATIVOS LOCAL M T N											
ESPONTÂNEA / IVC / I FRALDÃO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CATETER CENTRAL / CTI <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
CÁLUS/URO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CATETER DE HEMODIALISE <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
EESTOMO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
HIGIENE <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LECIONA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
ORAL (1) COLUTORIO () CLOREXIDINA ADJUVADA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TRAGUS/STOMIA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
BANHO () LIXEIRA () COM AJUDA () SEM AJUDA () LESAÃO POR PRESSÃO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
CONTROLE GLICÉMICO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LESAÃO POR PRESSÃO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
HORA HGT (mg/dL) INSULINA GLICOSE INDIAIS											
LSSAO POR PRESSÃO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
DREN <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
DREN <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
EQUIPAMENTO INICIAS EQUIPAMENTO INICIAS											
MCC <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Capnógrafo											
PNV <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Macapacesso Prov.											
GOMETRO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fototerapia											
Balanço de Seta(s) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nilo											
INÍCIO TÉRMINO EVOLUÇÃO DA DIETA INICIAIS											
INÍCIES											
NOOME COMPLETO <u>Isaura de Paula Fonseca</u>											
CORÉN <u>ZOT 0507</u>											
INÍCIES <u>10/04/18</u>											



gastro 88888 / Num. Cartão: 060230010470924
me: ANA MARIA GOMES MOURA
Nasc.: 19/03/2003 00:00 / Sexo: F
Intercâns: 11/08/2018
e: QUESA GOMES DA SILVA MOURA



10/06	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
<p>Paciente no 2º dia de TNO Jovem de 20 anos, segue instável e com alucin. Em uso de ceto 300mls 600mls, insulina 12/12h, 10.000u de Lio Alucin (Edma 018). Sintese: Preseme. Segue aos Alucin. SSOV 1000mls 18:30 - Paciente volta de outras hospitalar sem familiares e maiores com radiografia</p> <p style="text-align: right;">(Assinatura)</p> <p style="text-align: right;">06/06/2019</p>		
<p>10/06</p> <p>11/06</p> <p>12/06</p> <p>13/06</p> <p>14/06</p> <p>15/06</p> <p>16/06</p> <p>17/06</p> <p>18/06</p> <p>19/06</p> <p>20/06</p> <p>21/06</p> <p>22/06</p> <p>23/06</p> <p>24/06</p> <p>25/06</p> <p>26/06</p> <p>27/06</p> <p>28/06</p> <p>29/06</p> <p>30/06</p> <p>31/06</p>		



HISTÓRICO 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



DADOS PESSOAIS

Nome: Amanda Vivian Gomes Moura Idade: 15a Sexo: F FIA:
Estado civil: Solteira Ocupação: estudante Religião: evangelica
Endereço: Rua dos Imigrantes 228 b- Liberdade Paraty-RJ
Telefone: 2010750 61996824537 Pessoa significativa: Mãe
Peso: 65 Kg Estatura: 1.63

DADOS DO INTERNAMENTO

Diagnóstico médico: Fratura Tornozelo esquerdo
Cirurgias realizadas: Apendicectomia
Data de admissão: 11/06/2018

INFORMAÇÕES A RESPEITO DA DOENÇA

Dados da história clínica: Colisão moto/moto, nega perda de consciência, realizou exames de imagem e avaliações da entidade, constatado fratura de tornozelo esquerdo.

Conhecimento da doença: () Sim () Não

Médicamentos que utiliza:

Médicos assistentes: Dra. Marcella Nobreza

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

Alergias: Medicamentosa: Amoxilína Alimentar: negra

HABITOS

Sono / Repouso: 8hs atraso yes

Atividade física: Sim, negra

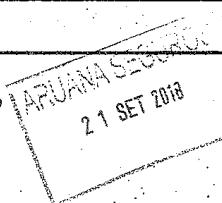
Alimentar: negra

Eliminações: Urinária preservados Intestinal: preservado

Tabagismo: () Sim () Não

Etilismo: () Sim () Não

HU MOD. 016/06



EXAMES FÍSICOS

1. Nível de consciência:

2. Cabeça e Pescoço:

- Cabelo: 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 Arrítmico Cheio Filiforme

R: _____ Eupnélico Dispnéico.

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: (+) (-) (0) (0)

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, intacta Integridade: normal

Hidratado Desidratado Corado Descorado

Outras Alterações: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Assinatura/carimbo: Alfredo Rodrigues Rigo

Características: Características: Rigo
COFEN-RN-472.472 - ENF

Data: 11/06/2018



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




Bruno Alessandra
Recepcionista
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	CEFAZOLINA 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 11438746 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 ESTÉRI	18030025 Valid: 30/03/2020 (CONTROLADO)	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: _____



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 telefones 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.

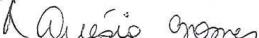
3) Fica ciente ainda o responsável que caso o pagamento das contas não sejam autorizados pelo convênio médico indicado pelo (a) paciente ou seus familiares, e tratando-se de internação de prazo longo e indeterminado, fica estabelecido que o Hospital Unimed emitirá e apresentará notas fiscais sempre que 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 vendida, 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.

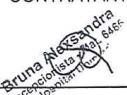
6) As partes elegem o foro da comarca de Natal, estado do Rio Grande do Norte, para nele dirimiram eventuais dúvidas ou litígios que surgirem da interpretação das cláusulas constantes deste instrumento, correndo por conta da parte vencida as custas processuais e os honorários advocatícios que forem despendidos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

Testemunhas:


Aruna Alessandra
Responsável pelo paciente

Nome:
RG:
CPF:

CONTRATADO

Nome:
RG:
CPF:

OBS.: Rubricar Todas as Páginas.

NATAL, 11 de Junho de 2018



TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO INFORMADO

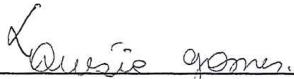
Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) **MARCELO NOBREGA ROCHA** sobre o (s) procedimento (s) **LUXACAO DO TORNOZELO -TRATAMENTO CIRURGICO**

LESAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO-TRATAMENTO CIRURGICO, 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 CIRURGICO**, 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.

ATAL, 11 de Junho de 2018



AMANDA VIVIAN GOMES MOURA - Paciente

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

Documento de Identidade

Testemunha

Testemunha



Registro: 654565 / Num Carteira: 0820030010470924
 Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
 Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
 Dt. Internac.: 11/06/2018
 Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA
 Alta 14/06

Paciente esteve:

- Centro Cirúrgico Centro Obstétrico Hemodinâmica Unidade Internação 1º
 Unidade Internação 2º UTI Adulto UTI Neonatal UTI Pediátrica

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

Entrega: 15/06/18

Hudson Roman

18/06

Assinatura Responsável pelo Recebimento



	FORMULÁRIO DO SGQ	Nº Doc: 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
 ternacão: 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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

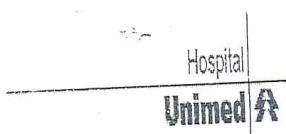
Eu, _____
 Paciente Acompanhante Cuidador

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

Querida orientadora S. M. Moura
 Assinatura do Orientado


 Assinatura do Orientador (carimbar)





Prescrição Médica / Evolução Clínica

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

A standard linear barcode is located at the bottom of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

Idade: 15 anos
Dt. Nasc: 18/03/2003 00:00
Pronfuário:

13/06/2018 06:56

- 1) DIETA LIVRE (an. hoje)

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

Horários de Aplicação

JOURNAL

~~CERAZOLINA 1g + 10ml 10% JU, 6/6h 02 08 14 22
Dexamet 50mg 250ml, 10ml 10% 18h 04 10 22~~

Peru (Manu) 36° 56' S 70° 25' W, 1700m, 18h 00m 10s 22

Dr(a).:

CRM:

SSUU + CCAG

Dr. Marcelo Abreaga Rocha
Ortopedia e Reumatologia
CRM 8522

Dr. Fábio Gérsom Sá
Médico Anestesiologista
CRM - RN 5325
CPFE 909 808 194-23

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

Página: 1 / 1

on - 12/06/2018 07:01 (U)
MRN: 6
Maria Brígida C. Lemos
COREN-RN-374.478-ENF



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

Assinado eletronicamente por ROCCO MELIANE NETO - 07/06/2019 12:04:24
<https://pie19.tira.ius.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060711595447200000042709829>

Número do documento: 19060711595447200000042709829

Num. 44172118 Pág. 2

05.829283

L-10

Hospital
Unimed

REQUISICAO DE EXAMENES LABORATORIAIS

Reg.: _____ Nome: *Amanda Vivian G. Moura*
Setor: PA UDT Internação/leito UTI: _____

Pronto Atendimento			
<input checked="" type="checkbox"/>	Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria	<input type="checkbox"/> Eritrograma
<input type="checkbox"/>	VHS	<input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> Plaquetas
<input type="checkbox"/>	Sumário de urina	<input type="checkbox"/> CK-MB	<input type="checkbox"/> Hematócrito
<input checked="" type="checkbox"/>	Uréia	<input type="checkbox"/> Troponina	<input checked="" type="checkbox"/> TAP
<input checked="" type="checkbox"/>	Creatinina	<input type="checkbox"/> Mioglobina	<input checked="" type="checkbox"/> TPA
<input type="checkbox"/>	Sódio	<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> Lactato
<input type="checkbox"/>	Potássio	<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> Gama-GT
<input type="checkbox"/>	Cálcio	<input type="checkbox"/> BT. Frações	<input type="checkbox"/> Fosfatase alcalina
<input type="checkbox"/>	Magnésio	<input type="checkbox"/> Amilase	<input checked="" type="checkbox"/> Glicose
<input type="checkbox"/>	B-HCG	<input type="checkbox"/> DHL	<input type="checkbox"/> D-Dímero

Outros _____

Indicação clínica: *Reoperatório**Marcelo Nobre da Rocha*
TEOT 54852 CRM 3522Data: *11/6/18*Assinatura/carimbo do
médico solicitante1º VIA - PRONTUÁRIO
2º VIA - LABORATÓRIO

HU-MOD 048/06



Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
 Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA
 Convênio: UNIMED NATAL Reg.: 654565
 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

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

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 (08/06/2018 14:20:02)	
ATENÇÃO! ESTE MEDICAMENTO PODE FAVORECER A DIMINUIÇÃO DA SÍNTSESE DE VITAMINA K.			
5) TENOXICAN 20MG FA Uso: 1, FRASCO AMPOLA, via endovenosa, 12 em 12 horas. RECONSTITUIR COM 2ML DE ABD. ADMINISTRAR SEM DILUÍÇÃO. (A DILUÍÇÃO DIMINUI A POTÊNCIA ANALGÉSICA)		D1 (01/07/2018 08:00)	
6) DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML Uso: 1, AMPOLA, via endovenosa, 6 em 6 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD (CHECAR ALERGIA)		D1 (13/06/2018 08:00)	
7) DIMENIDRINATO+PIRIDOXINA+GLIC+FRUTOSE 10ML Uso: 1, AMPOLA, via endovenosa, 8 em 8 horas Em 30 min de infusão. EM 250 ML SF0,9%		D0 (13/06/2018 08:00)	
8) SSVV		D1 (SSVV)	
9) ALERGICA AMOXICILINA		D1 (ATENÇÃO)	
0) CUIDADOS GERAIS,		D0 (ROTINA)	

Dr(a) MARCELO NOBREGA ROCHA
 CRM 3522

Marcelo Nobrega Rocha
 CRM 3522

Ana Paula Pedrosa
 COREN - RN 184634 - E

Marcelo Nobrega Rocha
 CRM 3522

Wanessa Gomes Lins Campos
 COREN - RN 244772 - 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. Internacao: 11/06/2018

Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

petal
med 42

MEDICAÇÕES INJETÁVEIS	QUANTIDADE			HGT/INSUL./MED. SUBC.	PUNÇÃO	QUANTIDADE	SONDAS	QUANTIDADE		
	M	T	N					M	T	N
Seringa 3cc				Lanceta			Sonda N°:			
Seringa 5cc				Fita teste			Máscara Desc.	/	/	
Seringa 10cc	L	L		Algodão (bola)	11		Luva estéril (par)	/		
Seringa 20cc				Álcool (5ml)			Gaze (p. c/10)			
Aguilha 13 x 4,5				Luva proc.(par)			SF 0,9% 100 ml			
Aguilha 25 x 7				Seringa 1cc			Transfix			
Aguilha 40x12	L	L		Aguilha 13 x 4,5						
Equipo Macro.										
Equipo de BIC										
Equipo FOU										
Scalp N°:										
MÉDICAÇÕES POR SONDA	QUANTIDADE									
	M	T	N	Álgodão (bola)			Sonda N°:			
Seringa 20cc				Álcool (5ml)			Luva estéril (par)			
Luva proc. (par)				Micropore (cm)			Xylestesin gel (5gr)			
	QUANTIDADE			Luva proc. (par)			Seringa 20cc			
HIGIENE	M	T	N	Equipo Macro.			ABD (20ml)			
Compressa				Equipo BIC			Coletor fechado			
Gaze				Polifix 2 vias			Coletor aberto			
Luva proc. (par)				Luva Estéril (par)			Clorex. Degerm. (5ml)			
Clorexidina (5ml)				Torneirinha			Micropore (cm)			
Clorexidina Deg. (10ml)							Transfix			
	QUANTIDADE									
	M	T	N	PUNÇÃO CTI			Clorex. Aquosa			
Perfumex				SF 0,9% 10ml						
Repari gel (500)				ABD 20ml						
Dersani (10ml)				Aguilha Cytocan n.º						
				Máscara Desc.						
CURATIVO	QUANTIDADE			Luva estéril (par)						
GTM/TOT/TQT	M	T	N	Gaze (p.c/10)			Heparina (5ml)			
Máscara Desc.				Micropore (cm)			Seringa 10cc			
Luva estéril (par)				Seringa 3cc			Seringa 3cc			
Gaze (pct c/10)				Álcool 70% (5ml)			Aguilha 40x12			
SF 0,9% (100 ml)				S.F. 0,9% 500ml			Luva proc. (par)			
Cádarco (cm)							Heparina 5ml			
Micropore (cm)				SELO D'AGUA	QUANTIDADE					
	M	T	N		M	T	N			
NTUBAÇÃO/V	QUANTIDADE			Luva Estéril (par)			Cateter 02			
M	M	T	N	Máscara Desc.			ABD 250ml			
OT N°:				Transfix (unid)			Filtro Bacteriológico			
Seringa 20cc				Álcool 70% (5ml)			Equipo p/ dieta			
Xylesesin gel (10ml)				S.F. 0,9% 500ml			Atadura (10cm)			
Gaze (p. c/10)										
Luva estéril (par)				DISPOS. URIN.	QUANTIDADE					
Cádarco (cm)					M	T	N			
QUIPO MACRO.	QUANTIDADE			Preservativo masc.			Algodão ortopédico			
ABD 500 ML.	M	T	N	Coletor aberto						
LAVAGEM INTEST	QUANTIDADE			Micropore (cm)						
	M	T	N	Luva Proc.(par)			Transfix			
Equipo macro				MTZ CARDÍACA	QUANTIDADE					
Xylesesin gel (10ml)					M	T	N			
Luva proc.(par)				Eletródos						
Micropore (cm)										
Láscara Desc.										

8

NOITE

YAC. de Enfermagem
Atend. Enfermeiro

Enfermeiro



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

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

Número do documento: 19060712001083200000042709845

Num. 44172137 - Pág. 3



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	(12:00)	3°)
3) GLICOSE 5% 500 ML SISTEMA FECHADO Uso: 1, FRASCO, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D2	(12:00)	
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	(12:00)	20; 02

ATENÇÃO! ESTE MEDICAMENTO PODE FAVORECER A DIMINUIÇÃO DA SÍNTSE DE VITAMINA K.

5) TENOXICAN 20MG FA D2 08/20
Uso: 1, FRASCO AMPOLA, via endovenosa, 12 em 12 horas.
RECONSTITUIR COM 2ML DE ABD. ADMINISTRAR SEM DILUÍÇÃO. (A DILUÍÇÃO DIMINUI A POTÊNCIA ANALGÉSICA)

6) DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML D2 08/20; 02
Uso: 1, AMPOLA, via endovenosa, 6 em 6 horas.
DILUIR EM 8 ML DE ABD (CHECAR ALERGIA)

7) DIMENIDRINATO+PIRIDOXINA+GLIC+FRUTOSE 10ML D1 08/20; 04
Uso: 1, AMPOLA, via endovenosa, 8 em 8 horas Em 30 min de infusão.
EM 250 ML SF0, 9%

8) SSVV D2 (ROTINA)

9) ALERGICA AMOXICILINA D2 (ATENÇÃO)

Dr(a) MAR
CRM 3522

Pixeon - 13/06/2018 19:48 (U2296/ASSIST.783) / (DWO:121)

Página: 1 / 1


Ana Paula Araujo de Souza
Nutricionista
CRN/RN 16689

Elizete L. Linhares da C. Araújo
Coren-RN 429.902-5117

Página: 1 / 11



Data: 14/06/18

Hospital
Unimed

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	1			Fita teste				Máscara Desc.			
Seringa 10cc	1	1		Algodão (bola)	1	1		Luva estéril (par)			
Seringa 20cc				Álcool (5ml)	1	1		Gaze (p. c/10)			
Aguilha 13 x 4,5				Luva proc.(par)	1	1		SF 0,9% 100 ml			
Aguilha 25 x 7				Seringa 1cc				Transofix			
Aguilha 40x12	1	1		Aguilha 13 x 4,5							
Equipo Macro.	1			PUNÇÃO VEN./SHV	QUANTIDADE			SONDAS	QUANTIDADE		
Equipo de BIC					M	T	N		M	T	N
Equipo Fuso BIC				Jelco N°:			6	Sonda N°:			
MEDICAÇÕES POR SONDA	QUANTIDADE			Scalp N°:				Gaze (p. c/10)			
	M	T	N	Álgodão (bola)				Luva estéril (par)			
Seringa 20cc				Álcool (5ml)				Xylestesin gel (5gr)			
Luva proc. (par)				Micropore (cm)				Seringa 20cc			
	QUANTIDADE			Luva proc. (par)				ABD (20ml)			
HIGIENE	M	T	N	Equipo Macro.				Coletor fechado			
Compressa				Equipo BIC				Coletor aberto			
Gaze				Polifix 2 vias				Clorex. Degerm. (5ml)			
Luva proc. (par)				Luva Estéril (par)				Micropore (cm)			
Antexamina (5ml)				Torneirinha				Transofix			
Clorexidina Deg. (100ml)				PUNÇÃO CTI	QUANTIDADE			Clorex. Aquosa			
	M	T	N		M	T	N				
Demulcex (500ml)				SF 0,9% 10ml				SAL/HID/ HEP.CATÉTER	QUANTIDADE		
Repari gel (500ml)				ABD 20ml					M	T	N
Dersani (10ml)				Aguilha Cytocan n.º				SF 0,9% (10ml)			
CURATIVO	QUANTIDADE			Máscara Desc.				ABD (10ml)			
GTM/TOT/TQT	M	T	N	Luva estéril (par)				Heparina (5ml)			
Máscara Desc.				Gaze (p.c/10)				Seringa 10cc			
Luva Estéril (par)				Micropore (cm)				Seringa 3cc			
Gaze (pct c/10)				Seringa 3cc				Aguilha 40x12			
SF 0,9% (100 ml)				Clorox. 0,5% (5 ml)				Luva proc. (par)			
Cadarço (cm)				Heparina 5ml				Luva Estéril (par)			
Micropore (cm)				SELO D'ÁGUA	QUANTIDADE			OUTROS	QUANTIDADE		
VTUBAÇÃO/V	M	T	N		M	T	N		M	T	N
	QUANTIDADE			Luva Estéril (par)				Cateter 02			
	M	T	N	Máscara Desc.				ABD 250ml			
OT N°:				Transofix (unid)				Filtro Bacteriológico			
eringa 20cc				Álcool 70% (5ml)				Equipo p/ dieta			
Yestesin gel (par)				S.F. 0,9% 500ml				Atadura (10cm)			
aze (p. c/10)				DISPOS. URIN.	QUANTIDADE			Atadura (15cm)			
Jva estéril (par)					M	T	N	Algodão ortopédico			
adarço (cm)				Preservativo masc.				Disp. de Acesso Fechado Intravenoso			
QUIPO MACRO.				Coletor aberto							
BD 500 ML.				Micropone (cm)				Transofix			
LAVAGEM INTEST	QUANTIDADE			Luva Proc.(par)				Touca descartável			
	M	T	N	MTZ CARDÍACA	QUANTIDADE						
Quiro macro nestesin gel (par)					M	T	N				
Iva proc.(par)				Eletrodos							
cropon (cm)											
Scára Desc.											

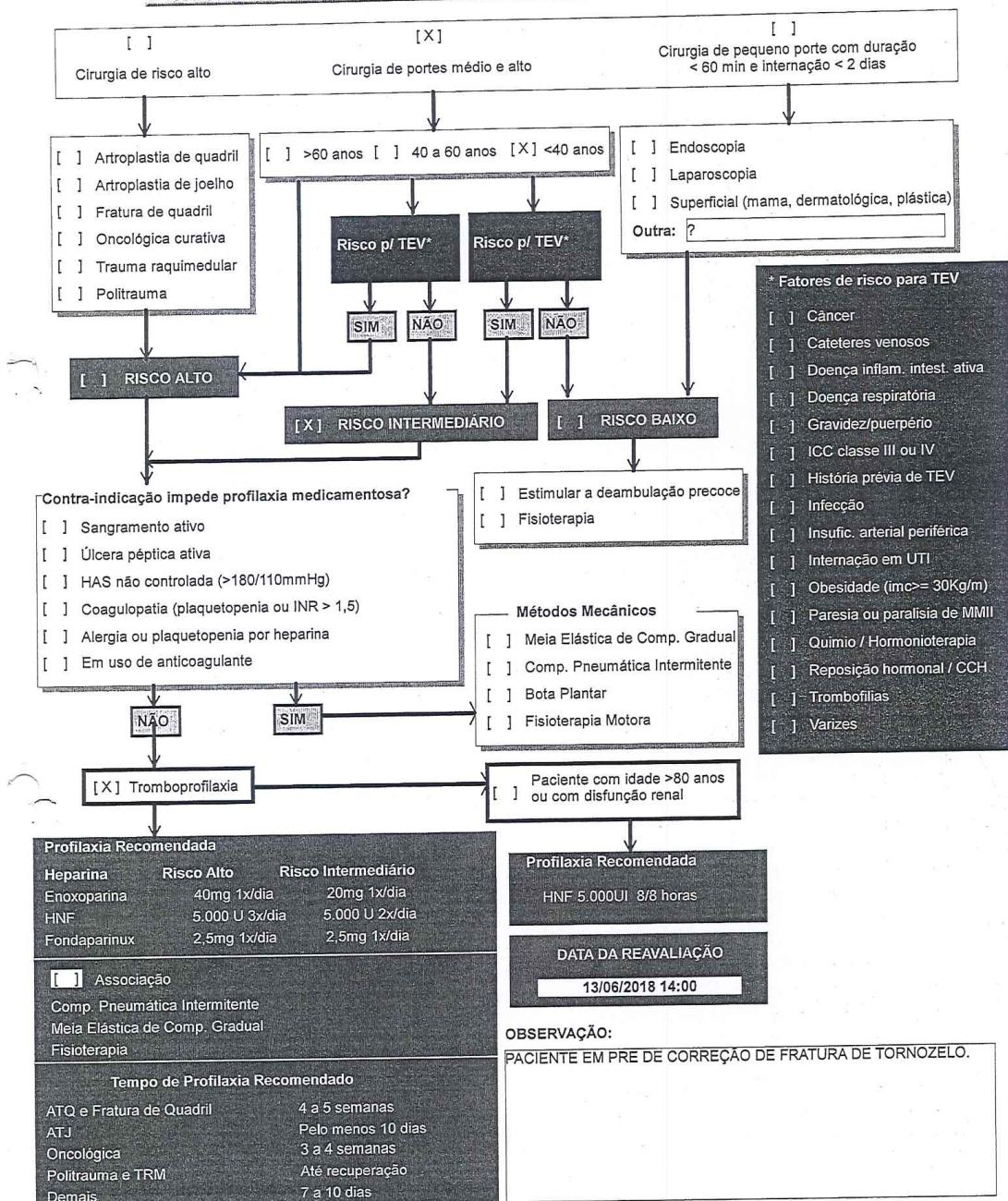


Hospital Unimed Natal

Paciente: 654565 - AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
 Data do Protocolo: 11/06/2018 17:59:49 Admissão: 11/06/2018 17:14:29 IH: 2
 Profissional: PAULO HENRIQUE MEDEIROS CARDOSO COREN 266433

Sexo: F Data Nasc.: 18/03/2003
 Mãe: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE TEV - CIRÚRGICO



	FORMULÁRIO Referência: Registro de Medicamentos Utilizados pelo Paciente Área: Todas Responsável: Equipe Multidisciplinar					Nº Doc: 24/2014 Versão: 01 Data: 03/06/2014 Página: 01																																																																																																																																																																																																																																	
Preencha os campos se não houver etiqueta																																																																																																																																																																																																																																							
Registro: 654565 / Num Cartela: 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																																																																																																																																																																																																																																							
Lista de Reconciliação Medicamentosa																																																																																																																																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Prontuário <input type="checkbox"/> Outros:																																																																																																																																																																																																																																							
Fonte das Informações																																																																																																																																																																																																																																							
LISTE ABAIXO TODOS OS MEDICAMENTOS, FITOTERÁPICOS, VITAMINAS E SUPLEMENTOS PRESCRITOS OU NÃO QUE O PACIENTE FAZ USO EM CASA																																																																																																																																																																																																																																							
NAO USA MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> NAO SABE INFORMAR OS MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> TROUXE MEDICAMENTOS DE CASA <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
Alergias/Reações <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Listar:				Médico: Compare os medicamentos da 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: Intra-Hospitalar: Reconciliação dos medicamentos na transferência do setor.																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Nome do Medicamento</th> <th style="width: 10%;">Dose</th> <th style="width: 10%;">Via de adm.</th> <th style="width: 10%;">Posologia</th> <th style="width: 10%;">Horário da Última administração</th> <th style="width: 10%;">Continuar</th> <th style="width: 10%;">Modificar</th> <th style="width: 10%;">Suspender</th> <th style="width: 10%;">Ajustado pelo Médico</th> <th style="width: 10%;">Não Ajustado Até o Médico</th> <th style="width: 10%;">Ajustado</th> <th style="width: 10%;">Não Ajustado Até o Enfermeiro</th> <th style="width: 10%;">Ajustado</th> <th style="width: 10%;">Não Ajustado Até o Médico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>								Nome do Medicamento	Dose	Via de adm.	Posologia	Horário da Última administração	Continuar	Modificar	Suspender	Ajustado pelo Médico	Não Ajustado Até o Médico	Ajustado	Não Ajustado Até o Enfermeiro	Ajustado	Não Ajustado Até o Médico	1														2														3														4														5														6														7														8														9														10														11														12														13														14														15													
Nome do Medicamento	Dose	Via de adm.	Posologia	Horário da Última administração	Continuar	Modificar	Suspender	Ajustado pelo Médico	Não Ajustado Até o Médico	Ajustado	Não Ajustado Até o Enfermeiro	Ajustado	Não Ajustado Até o Médico																																																																																																																																																																																																																										
1																																																																																																																																																																																																																																							
2																																																																																																																																																																																																																																							
3																																																																																																																																																																																																																																							
4																																																																																																																																																																																																																																							
5																																																																																																																																																																																																																																							
6																																																																																																																																																																																																																																							
7																																																																																																																																																																																																																																							
8																																																																																																																																																																																																																																							
9																																																																																																																																																																																																																																							
10																																																																																																																																																																																																																																							
11																																																																																																																																																																																																																																							
12																																																																																																																																																																																																																																							
13																																																																																																																																																																																																																																							
14																																																																																																																																																																																																																																							
15																																																																																																																																																																																																																																							
Fator de RISCO:				Médico da admissão:				Enfermeiro da admissão: <i>ROCCO MELIANDE NETO</i>				Farmacêutico:																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Hepatopata <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Renal Crônico <input type="checkbox"/> Diabético				DATA:				DATA: <i>07/06</i>				DATA:																																																																																																																																																																																																																											
Risco Farmacológico - Uso de medicamento de Alto risco				HORA:				HORA: <i>16:30</i>				HORA:																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Listar:																																																																																																																																																																																																																																							

PLANO TERAPÊUTICO CIRÚRGICO

Hospital

Unimed

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

Data: 11/06/18

Diagnóstico:

Fratura da fomogebo

Comorbidades:

Exames Complementares:

Procedimento:

Antibioticoprofilaxia:

Dias:

Previsão de Alta:

Marcos Meliande Neto / CRM 3522

Assinatura/Carimbo do Médico

ADMISSÃO MÉDICA



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:26

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060712004454600000042709868>

Número do documento: 19060712004454600000042709868

Num. 44172164 - Pág. 1



Hospital Unimed Natal

PRÉ OPERATÓRIO ACOLHIMENTO
CIRÚRGICO

Quando 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
Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

ADMISSÃO DO PACIENTE

Data: 12/06/18 Procedimento Programado: pré fratura toracotomia Eletiva Urgência
Tricotomia: Não realizada Realizada por: _____ às _____ h Peso: 65Kg Altura: 163
Etiqueta ALERGIA Cirurgias Anteriores: Não Sim Qual? _____ Intercorrência com Anestesia: Não Sim
Acompanhante: Não Sim Jejum a partir das: _____ h do dia: 12/1
Alergia: Não Sim Alérgico à: amoxicilina

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Consciente Orientado Ansioso Desorientado

CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRE-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 Outras

FATORES DE RISCO EXISTENTES - AUSENTE

- Etilismo Tabagismo Drogas Ilícitas Obesidade

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO às _____ horas

SSV: 30:00 h PA: 12x80 T: 368 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: 19:00 h PA: 116x49 T: 33 P: 78 SPO₂: 100 HGT: _____

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem (Carimbo): _____

II - TIME OUT (COMUNICAÇÃO ATIVA COM VERIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA 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: 19:30 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)

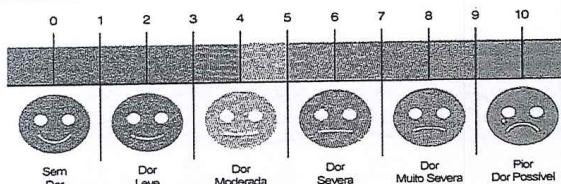
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA

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

Dt. Internacao: 11/06/2018

Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

TEMPERATURA (°C)									
HORA	04	13							
> 40°									
39° - 40°									
37,8° - 38,9°									
37,3° - 37,7°									
36 ° - 37,2°	36,1								
35,1° - 35,9°									
< 35°									
FREQUÊNCIA CARDIÁCA (bpm)									
≥121									
111-120	120								
101-110									
60-100	1								
50-59									
40-49	70								
≤ 40									
PRESSÃO ARTERIAL – SISTOLICA (mmHg)									
≥180									
140-179									
121-139									
101-120									
91-100									
81-90	79								
≤ 80									
DIASTÓLICA									
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (irpm)									
≥ 25									
21-24									
12-20	19								
9-11									
≤ 8									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA									
AGITAÇÃO									
ALERTA	S								
SONOLÉNCIA									
TORPOR	S								
COMA									
PARÂMETROS ADICIONAIS									
DIURESE									
EVACUAÇÃO									
DRENO									
HGT	99								
SPO ²									
ADOR		1							



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

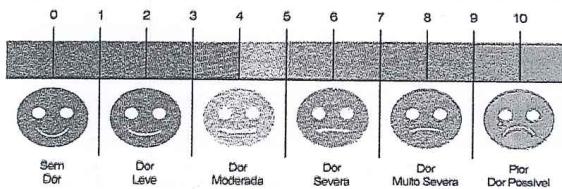
https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060712011828200000042709906

Número do documento: 19060712011828200000042709906

Num. 44172204 - Pág. 1

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 (l/min)									
	≥ 25								
	21-24								
	12-20								
	9-11								
	< 8								
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA									
AGITAÇÃO									
ALERTA									
SONOLÉNCIA									
TORPOR									
COMA									
PARÂMETROS ADICIONAIS									
DIURESE									
EVACUAÇÃO									
DRENO									
HGT									
SPO ₂									
ADOR									



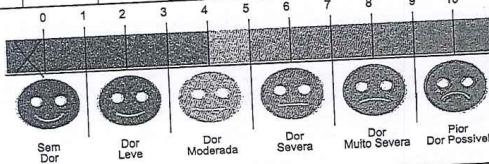
Registro: 654565 / Num Carteira: 0620030010470924
Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
Dt.Nasc: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
Dt. Internacao: 11/06/2018
Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

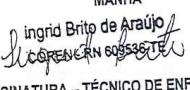
SETOR: _____ DATA: 12/06/2018

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 CARDIACA (bpm)	
≥121	
111-120	
101-110	
60-100	98
50-59	
40-49	
≤ 40	
PRESSAO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg)	
≥180	
140-179	
121-139	
101-120	140
91-100	
81-90	
≤ 80	80
DIASTÓLICA	
FREQUENCIA RESPIRATORIA (irpm)	
≥ 25	
21-24	
12-20	16
9-11	
≤ 8	
NIVEL DE CONSCIENCIA	
AGITAÇÃO	N
ALERTA	S
NOLENCIA	N
TORPOR	N
COMA	C
PARÂMETROS ADICIONAIS	
DIURESE	
EVACUAÇÃO	
DRENO	
HGT	
SPO ²	99%
GOR	

Escala Visual
Analógica da
Dor



MANHÃ	TARDE	NOITE
 Ingrid Brito de Araújo COORDENADOR ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM



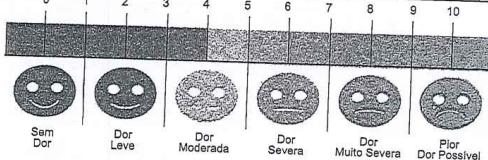
Registro: 654565 / Num Carteira: 0520030010470924
 Nome: AMANDA VIVIAN GOMES MOURA
 N Dt.Nasc.: 18/03/2003 00:00 / Sexo: F
 R Dt Internacao.: 11/06/2018
 N Mae: QUESIA GOMES DA SILVA MOURA

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: _____ DATA: ____ / ____ / ____

HORA	18	TEMPERATURA (°C)
> 40°		
39° - 40°		
37,8° - 38,9°		
37,8° - 37,7°		
36 ° - 37,2°	36,2	
35,1° - 35,9°		
≤ 35°		
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)		
≥121		
111-120	120	
101-110		
60-100	68	
50-59		
40-49		
≤ 40		
PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg)		
≥180		
140-179		
121-139	120	170
101-120		
91-100		
81-90	82	
≤ 80		
DIASTÓLICA		
≥ 25		
21-24		
12-20	18	18
9-11		
≤ 8		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (irpm)		
≥ 25		
21-24		
12-20	18	18
9-11		
≤ 8		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		
AGITAÇÃO	N	
ALERTA	S	↑
SONOLÉNCIA	N	
TORPOR	N	↓
COMA	N	
PARAMETROS ADICIONAIS		
DIURESE		
EVACUAÇÃO		
DRENO		
HGT		
SPO ²	98%	98%
GOR		

Escala Visual
Analógica da
Dor



Assista Melliande Neto
COREN - RN: 450312-7E

MANHÃ

TARDE

NOITE

ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 07/06/2019 12:04:28
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060712011828200000042709906>
 Número do documento: 19060712011828200000042709906

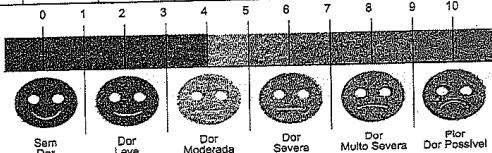
Num. 44172204 - Pág. 4

SETOR: 10 B DATA: 12/06/18

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

		TEMPERATURA (°C)									
HORA		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
> 40°											
39° - 40°											
37,8° - 38,9°											
37,3° - 37,7°											
36° - 37,2°		36,0									
35,1° - 35,9°											
≤ 35°											
FREQUÊNCIA CARDIÁCA (bpm)											
≥ 121											
111-120											
101-110											
60-100		68									
50-59											
40-49											
≤ 40											
PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg)											
≥ 180											
140-179											
121-139											
101-120		120									
91-100											
81-90		80									
≤ 80											
DIASTÓLICA											
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (l/min)											
≥ 25											
21-24											
12-20		18									
9-11											
≤ 8											
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA											
AGITAÇÃO											
ALERTA		5									
CONOLENCIA											
TORPOR											
COMA											
PARAMETROS ADICIONAIS											
DIURESE		WC									
EVACUAÇÃO											
DRENO											
HGT											
SPO ₂		98,1									
DOR											

Escala Visual
Analógica da
Dor



MANHÃ	TARDE (C. 10:00)	NOITE
 ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	 ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM



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

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: _____ DATA: _____ / _____ / _____

TEMPERATURA (°C)

HORA		32,7						06
> 40°								
39° - 40°								
37,8° - 38,9°								
37,3° - 37,7°								
36 ° - 37,2°		36,3						36,3
35,1° - 35,9°								
≤ 35°								

FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)

≥121								
111-120								
101-110								
60-100		76						78
50-59								
40-49								
≤ 40								

PRESSÃO ARTERIAL – SISTÓLICA (mmHg)

≥180								
140-179								
121-139								
101-120								
91-100		100						100
81-90								
≤ 80								

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (ipm)

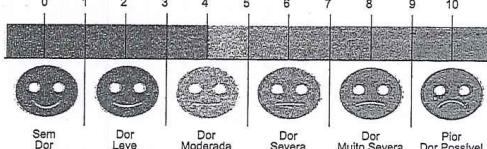
≥ 25								
21-24								
12-20		16						19
9-11								
≤ 8								

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

AGITAÇÃO		N						N
ALERTA		S						S
SONOLÉNCIA		N						N
TORPOR		N						N
COMA		U						U

PARAMETROS ADICIONAIS

DIURESE		P						P
EVACUAÇÃO		1						1
DRENO		1						1
HGT		1						2
SPO ²		98						98
DOR		0						0



MANHÃ

TARDE

NOITE

ISMENIA GOMES DON COSTA
CORPO/RN 42719

ASSINATURA – TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA – TÉCNICO DE ENFERMAGEM

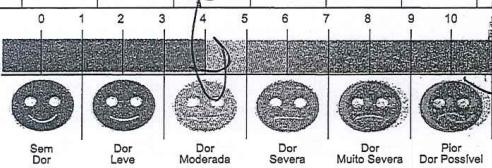
ASSINATURA – TÉCNICO DE ENFERMAGEM



Registro: 654565 / Núm. 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

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

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

		TEMPERATURA (°C)	
HORA		10.00	16
> 40°			
39° - 40°			
37,8° - 38,9°			
37,3° - 37,7°			
36 ° - 37,2°		36.1	36.3
35,1° - 35,9°			
≤ 35°			
		FREQUÊNCIA CARDIÁCA (bpm)	
≥121			
111-120			
101-110			
60-100		80	78
50-59			
40-49			
≤ 40			
		PRESSÃO ARTERIAL - SISTÓLICA (mmHg)	
≥180			
140-179			
121-139			
101-120		110	110
91-100			
81-90			
≤ 80			
DIASTÓLICA		70	50
		FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (irpm)	
≥ 25			
21-24			
12-20		20	19
9-11			
≤ 8			
		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
AGITAÇÃO		2	2
ALERTA		3	3
SONOLÉNCIA		2	2
TORPOR		2	2
COMA		2	2
PARAMETROS ADICIONAIS			
DIURESE		0	0
EVACUAÇÃO		1	1
DRENO		1	1
HGT		1	1
SPO ²		98	98
GOR		0	0
Escala Visual Analógica da Dor		 0 Sem Dor 1 Dor Leve 2 Dor Moderada 3 Dor Severa 4 Dor Muito Severa 5 Pior Dor Possível	
MANHÃ		TARDE	
ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM		ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
		NOITE	
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

set. 19-18

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: 1º B DATA: 13/06/18

TEMPERATURA (°C)

HORA		36,00	10h:00
> 40°			
39° - 40°			
37,8° - 38,9°			
37,3° - 37,7°			
36 ° - 37,2°		37,0	36,0
35,1° - 35,9°			
≤ 35°			

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

≥121			
111-120			
101-110			
60-100		108	89
50-59			
40-49			
≤ 40			

PRESSÃO ARTERIAL - SISTOLICA (mmHg)

≥180			
140-179			
121-139			
101-120		110	100
91-100			
81-90			
≤ 80		87	70

DIASTÓLICA

FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (irpm)

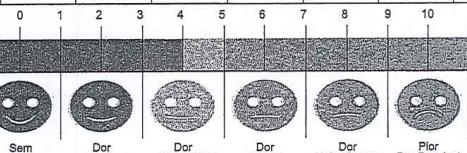
≥ 25			
21-24			
12-20		20	19
9-11			
≤ 8			

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

AGITAÇÃO				
ALERTA		5		5
SONOLÉNCIA				
TORPOR		1		2
COMA				

PARÂMETROS ADICIONAIS

DIURESE		5		5
EVACUAÇÃO		—		—
DRENO		—		—
HGT		—		—
SPO ₂		99%		99%
DOR		—		—



Escala Visual
 Analógica da
 Dor

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

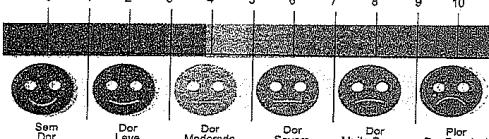


FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

SETOR: 1º andar DATA: 14/06/18

HORA	TEMPERATURA (°C)	
	10	4
> 40°		
30° - 40°		
37,8° - 38,9°		
37,3° - 37,7°		
36 ° - 37,2°	36°	36°
35,1° - 35,9°		
≤ 35°		
FREQUENCIA CARDIACA (bpm)		
≥121		
111-120		
101-110		
60-100	82	80
50-59		
40-49		
≤ 40		
PRESSAO ARTERIAL - SISTOLICA (mmHg)		
≥180		
140-179		
121-139		
101-120	130	130
91-100		
81-90		
≤ 80		
DIASTOLICA		
FREQUENCIA RESPIRATORIA (rpm)		
≥ 25		
21-24		
12-20	19	18
9-11		
≤ 8		
NIVEL DE CONSCIENCIA		
AGITAÇÃO	N	N
ALERTA	S	S
SONOLÉNCIA	D	D
TORPOR	N	N
COMA	C	C
PARAMETROS ADICIONAIS		
DIURESE	0	0
EVACUAÇÃO	A	A
DRENO	/	/
HGT		
SPO ₂		98%
DOR		

Wanessa Gomes (Ins. Carteira 141.772-5831)



MANHA	TADE	NOITE
<i>Tec. Raul</i>	<i>Tec. Raul</i>	
ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM





ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO		
NOME:	REGISTRO:	NASCIMENTO: _____ / _____ / _____
MÃE: _____		

FORMULÁRIO DE SINAIS VITAIS (ADULTO)

TEMPERATURA (°C)

SETOR: _____ DATA: ____ / ____ / ____

FORMULARIO 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°							
		FREQUENCIA CARDIACA (bpm) 					

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

FRECUENCIA CARDIACA (LPM)						
≥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						

≤ 8

10. *What is the name of the author of the book you are reading?*

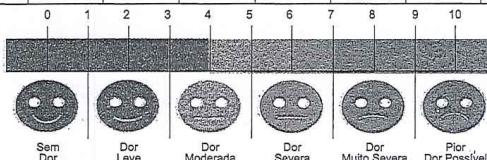
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (irpm)					
≥ 25					
21-24					
12-20					
9-11					
≤ 8					

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
AGITAÇÃO						
ALERTA						
SONOLÉNCIA						
TORPOR						
COMA						

PARÂMETROS ADICIONAIS

DIURESE						
EVACUAÇÃO						
DRENO						
HGT						
SPO ²						
DOR						



MANHÃ	TARDE	NOITE
ASSINATURA – TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA – TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA – TÉCNICO DE ENFERMAGEM



Pr(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 Referênciais
Hemácias :	4,80 milhoes/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 Referênciais
Leucócitos:	9.460 /uL	(4.000	a 11.000)
	Valor relativo %	Valor absoluto mm ³	
Blastos:	00	00	(00 a 00. / 00 a 00)
Mielócitos:	00	00	(00 a 00 / 00 a 00)
Metamielócitos:	00	00	(00 a 01 / 01 a 100)
Bastões:	01	95	(03 a 05 / 120 a 500)
Segmentados:	71	6717	(52 a 62 / 2160 a 6200)
Eosinófilos:	04	378	(02 a 05 / 80 a 500)
Basófilos:	00	00	(00 a 01 / 00 a 100)
Linfócitos Típicos:	22	2081	(20 a 35 / 800 a 3500)
Linfócitos Atípicos:	00	00	(00 a 01 / 00 a 100)
Monócitos:	02	189	(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 Referênciais

Plaquetas: 279 mil/mm³ (140 a 450 mil/mm³)

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
 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 Participe 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
Proteese 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 sofrerão 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. Antônio 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 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.).

07:58

Dt. Coleta:12/06/2018

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

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. Antônio 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.



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				
Cirur./Obstetra 1º Auxiliar 2º Auxiliar Anestesista Pediatra Enfermeiro Instrumentador Circulante	DR MARCELO NOBREGA CLAUDION ALVES JUNIOR			CRM 3522 CRM CRM CRM CRM COREN 398035 COREN COREN				
COD.	DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE	COD.	DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE	COD.	DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE
1827	Aguilha de Puncão		2041	PVPI Degermante		2488	Lanexat-TIROFIBAN 0,25mg/ml	
79	Aguilha descartável 40 x 12		3547	PVPI Alcólico		1076	Lasix	
75	Aguilha descartável 25 x 7		1261	Passador de Corda		1218	Loversol 320mg	
5887	Aguilha descartável 13 x 45		3605	Polifix 2 vias		1982	Loxitalamato 100ml (TELEBRIX)	
81	Aguilha p/ Raque		3605	Perfurador 120cm		1219	Loxitalamato 50ml (TELEBRIX)	
	Aguilha p/ Peridural			Placa de Bisturir		3919	Lobitridol 300 (HENETIX)	
	Aqua Oxigenada		3447	Rotor		1124	Monocodil	
97	Álcool 70%			Salto Ortopédico N°			Mefoxin	
98	Algodão Hidrófilo		1262	Sapatilha Descartável		1374	Narcac	
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 - NITROPRUSSIATO	
1254	Aparelho p/ Tricotomia		346	Seringa Descartável 5ml		1170	Norepinefrina 4ML	
	Balão		347	Seringa Descartável 10ml		1375	Narcac 0,2 mg (NALOXONA)	
	Balão		348	Seringa Descartável 20ml		1457	Ondrasetona	
	Cateter		449	Seringa Injetora 150ml		1454	Plasli (METOCLOPRAMIDA)	
	Cateter			Seringa Insulfadora		1464	Plavix 75 mm	
	Cateter		12628	Scalp N°		1143	Ranitidina	
	Cateter			Scalp N°		1104	Solu-corfen 500mg (HIDROCORTISONA)	
181	Cateter Tipo Olhos			Sonda Retail N°		1918	Selocken 5mg (METOPROL)	
161	Cateter Intravenoso N° 16		345	Sonda Aspiração N°		1281	Sevorane	
7295	Cateter Intravenoso N° 18			SNG N°		1431	Suxametonio 100mg	
43200	Cateter Intravenoso N° 20			Sonda Foley N°		1130	Tridil 10mg (NITROGLICERINA)	
7297	Cateter Intravenoso N° 22			Sonda Uretral		2106	Xilocaina 2% S/V	
	Outros Cateteres			Sonda Vesical Demora N°		3607	Xilocaina Gel	
				Tipóia Velpau N°				
7297	Cateter Oxigênio		10083	Tipóia Simples				
2121	Clorexidina Tópica		3612	Transdutor Pressão (DOMER)		10502	Água Bidestilada 100ml	
	Corda 0,35 teflonada		1280	Touca Descartável		10501	Água Bidestilada 250ml	
	Corda 0,35 hidrofílica		9178	Torneirinha 1 Vias		10500	Água Bidestilada 500ml	
	Corda 0,014		3788	Torneirinha 2 Vias		43366	Água Bidestilada 1000ml	
	Corda Cervical		459	Torneirinha 3 Vias			Clorexidina alc.	
198	Coletor Urina Aberto		1280	Touca			Clorexidina derg.	
199	Coletor Urina Fechado		7546	Trans. Pressão		10496	Ringer Simples	
2367	Conector Easy ketch		2560	Transifix		42967	Ringer Lactado	
42430	Conector Y			Stent		10493	Soro Glicosado 250ml	
231	Eletrodos			Stent		10492	Soro Glicosado 500ml	
150	Equipo Macro							
243	Equipo Macro c/ PC Rolet		1208	Ácido Acetil Salicílico 100mg				
239	Equipo Bomba Infusão		1388	ABD				
242	Equipo Fotossensível		1166	Adrenalina (EDINEFRINA)				
	Equipo p/ Hemotransfusão		7484	Adenosina				
1257	Equipo p/ Contraste		1669	Aminofilina				
258	Espadrapo Impermeável		1031	Atropina				
255	Espadrapo Hipoalergênico		1067	Ancoron 50 mg/3ml				
2162	Escova descartável		1389	Bicarbonato de Sódio 8,4%				
2083	Eter			Capitolipri				
3419	Extensor Bomba 77cm		1156	Cadianilida (DESLANOSIDO)				
3410	Extensor Bomba 22cm		973	Cefazolina 1g				
	Extensor Fix		1156	Cedilanide				
	Extensor Silicone (látex)		977	Cefazolina				
273	Fita p/ HGT			Contraste				
205	Gaze 7,5 x 7,5cm	5	1390	Cloroeto de Potassio 10% 10ml				
276	Gorro		1391	Cloroeto de Potassio 19,1% 10ml				
110	Gesso N° 15		1057	Clopidogrel 75mg (PLAVIX)				
274	Gel p/ E.C.G.		1093	Dexametasona 4mg/2,5ml				
3445	Indeflaton		1092	Dexametasona 2mg/ml				
	Introductor N°		1877	Diprospan				
	Introductor N°		1165	Dobutamina				
	Introductor N°		1168	Dopamina				
	Introductor N°		1359	Dorminid				
	Latex		1167	Efedrina				
	Luva Cirúrgica Estéril N°		1085	Etomidato				
295	Luva Cirúrgica Estéril 7,0		1144	Fenergan (PROMETAZINA)				
296	Luva Cirúrgica Estéril 7,5		1532	Fenoterol (BEROTEC)				
297	Luva Cirúrgica Estéril 8,0	1	1304	Fentanil (FENTANILA)				
4054	Luva Cirúrgica Estéril 8,5		1281	Forane (SERVOFLURANO)				
362	Luva Procedimento		1076	Furosemida 10mg/ml				
298	Luva Procedimento Estéril		1072	Glicose				
43776	Lâmina Bisturi 11		1531	Heparina				
289	Lâmina Bisturi 15		1124	Ipratropio (ATROVENT)				
292	Lâmina Bisturi 22		7725	Isossorbida AMP				
3411	Manifold		976	Isuprei				
314	Máscara Descartável			Keflin (CEFALOTINA)				
302	Malha Tubular N° 15							
	MP Transverso (Eletrodo)							
1262	Pró-Pé Descartável							
2040	PVPI Tópico							

FIOS

Algodão
Angiot
3453 Fita Cardíaca
Mononylon N°
Mononylon N°
Prolene
Vieryl
Vicril

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
Oxido Nítroso
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

