

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITAMAR APARECIDO FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000085471-0

Nr. da Autenticação 629961384909752B

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180087054**
Nome do(a) Examinado(a): **ITAMAR APARECIDO FERREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SAO RAIMUNDO nº 28 - BELA VISTA - MACAIBA/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 002193403 - SSP**
Data e local do acidente: **19/11/2017 MACAIBA/RN**
Data e local do exame: **16/03/2018 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Trauma abdominal fechado com lesão esplênica.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Realizada laparotomia exploradora com esplenectomia.
Alta em março de 2018.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Cicatriz abdominal mediana xifo pubiana.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Ausência do baço.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **ESPLENECTOMIA**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☒ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRA 1940 1507 8970

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Declaração do proprietário do veículo

Eu, Valdir Aparecido Ferreira

RG n. 1378394 data de expedição 14 / 12 / 2012

Órgão: LTEP/RN portador do CPF n. 851010284-87 com

Domicílio na cidade de Monte Alegre no estado de Rio Grande Norte onde resido na (rua/avenida/estrada)

Rua Santo Antônio n. 55

Complemento _____ declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

Vítima Homar Aparecido Ferreira cujo o condutor

Era 0 Mezmo ✓

Veículo: Moto
Modelo: Honda / CG 125 TITAN

Modelo: Honda CG 125 II / AN

Ano: 1997

Placa: MXI 6180

Chassi: 9C 21C 250 VVR 225 227

Data do acidente: 19/11/2017

Local e data: Darmestruin Nen 28/12/17

Valdir Aparecido Ferreira

Assinatura do declarante

1st main Aparanto Aparito

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

20 SEGUNDO OFICIO DE NOTAS

Reconheço por autenticidade a firma de: VALDIR APARECIDO FERREIRA

Em testemunho da verdade. Em 01/05/2017

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

PROCEBIDO
23 FEB 2018
TERRA DO SOL AUM.
CORRETORA DE SEGS

USF - Unidade de Socorro
Centro do Ser



RG

002.193403

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GR
SECRETARIA DE SAÚDE I
HOSPITAL DEOCLÉCIO M.
PARNAMIRIM / RN

POLITRAUMA

88878454

EPF-

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

55

Nº

Politrauma

NOME: Itamar Aparecido Pereira
IDADE: 21.07.1979 COR: Parda SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado
NATURALIDADE: São Simão do PROFISSÃO: Pedreiro PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua São Bento s/nº 501 BAIRRO: De la Vista
CIDADE: Parnamirim DATA: 24/11/2017 HORA: 17:25

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente com trauma abdominal fechado em queda de
mão há 5 dias. Vem com dor abdominal difusa. USG
24/11/17: bexiga com perda da continuidade da cápsula (ruptura
de bexiga parcial) + líquido livre (sangue)

EXAME FÍSICO Dois pontos após esforço físico
BGL, decorado +14+, desidratado +14+, taquicárdico (104 bpm)
Abdome plano, com sinais de irritação peritoneal de
difusa.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.

DIAGNÓSTICO INICIAL Trauma esplênico / Trauma abdominal fechado

COPIA
PROCEBIDO
23 DE NOV
TERRA DO SOL
CORRETORA DE SE
CONFIRMAR
WU
Sendo

152396-1



HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Harmon Américo Kessler Idade: 38 D/N: 21/07/79
Pront.: 1000000000 Município: Itanhoa Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 21/07/79 Hora Admissão: Bloco: 14:50 Sala: 15:00 Hora Saída: 16:50 Peso: 70
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () H/S () DM () Outras
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 80 bpm FI: 99 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): LEOLANE Instrumentado(a): RTA Circulante: 1000000000

Cirurgia: LAPAROTOMIA EXPLORADORA DE ABDOMEN Especialidade: GERAL Sala: 02
Hora Início: 15:00 Hora Término: 16:50 Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: DR. FELIPE Aux: DR. CLAYTON Residente: DR. FELIPE

Anestesia: () Local () Sedação (X) Geral TOT: 80 () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº 1 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº 1 Cateter nº: 1 Início: 15:15 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 15:15 Término: 16:50
Anestesiologista: DR. LEO

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>63</u>	<u>60</u>	<u>80</u>	Bpm
Pulso	<u>63</u>	<u>60</u>	<u>80</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	%
Capnografia	<u>30</u>	<u>28</u>	<u>30</u>	%
PA	<u>120/80</u>	<u>121/92</u>	<u>103/81</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica <u>Nº 08</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>MSD</u>
Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº <u>1</u>
Retorno:
CATERISMO VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u>18</u> SVA nº <u>1</u>
Diurese: <u>CLARO PRESENTE</u>
Profissional responsável: <u>ENF. LEOLANE</u>

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

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Metal () Descartável
Local: <u>HTD</u>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>ABD T. Solução Chlorhex</u>

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>LAPAROTOMIA</u> Quant. Material: <u>OK</u>
Val: <u>21/07/79</u> Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim

PROTÓCOLO
RECETO
FEB 1980
E COLEÇÃO
DE ENFERMAGEM
E COLEÇÃO
DE ENFERMAGEM

Nome do paciente Flamora Aparecida Ferreira			Nº prontuário	
Data operação 22/11/17	Enf.	Leito		
Operador Felipe Figueiredo	1º auxiliar Luiz Ribeiro			
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesiologista	Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório Tumorante difusa				
Tipo de operação Laparotomia Exploratória				
Diagnóstico pós-operatório Hemoperitônio moderado				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

PROC. MULTIP.
P45030012
P45030013
P45030014
PROC. CIRURGICO
X PROC. CIRURGICO
0407040161
X CBO. 225225
CBO. 225272
5 DIAS
CID **R100**

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Realizada sob punção, duplo, sob anestesia geral.

Realizado pontos de inserção principal e da apendicite.

Acesso a cavidade abdominal.

Após:

- 1) Identificada quantidade de sangue na loja esplênica.
- 2) Acesso a Foramecavidade -> pequeno hematoma em campo de punção.

Intervenção realizada:

- 1) Estomago com parede íntegra.
- 2) Colecistite aguda de duodeno, sem lesões.
- 3) Colonos sem lesões.
- 4) Fome II e III sem hematomas.
- 5) Depósitos, em pequena quantidade de sangue.

Realizada exatidão lavagem com soro com água.

Realizada compressa em loja esplênica, sem evidência de sangue.

Realizada compressas e gaze.

Sutura de apendicite com thread.

Sutura da pele com nylon 4-0.

Curativo.

Felipe Figueiredo
Dr. Felipe Figueiredo
Ginecologia Geral
CRM/RN 2592



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPÉDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		149945
DATA	HORA	CATEGORIA
24/11/2017	21:17	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
ITAMAR APARECIDO FERREIRA		21/07/1979
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO
CASADO		PEDREIRO
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
RUA JOAO IZAIAS, 474		
MUNICÍPIO	BALNE	UF
PARNAMIRIM	VALE DO SOL	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59143-020
		TELEFONE
FILIAÇÃO		TELEFONE
MARIA DO SOCORRO FERREIRA		
RESPONSÁVEL		
ROSALIA CAXIAS (ESPOSA)		
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

15.6396-1

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

3-11-2017

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

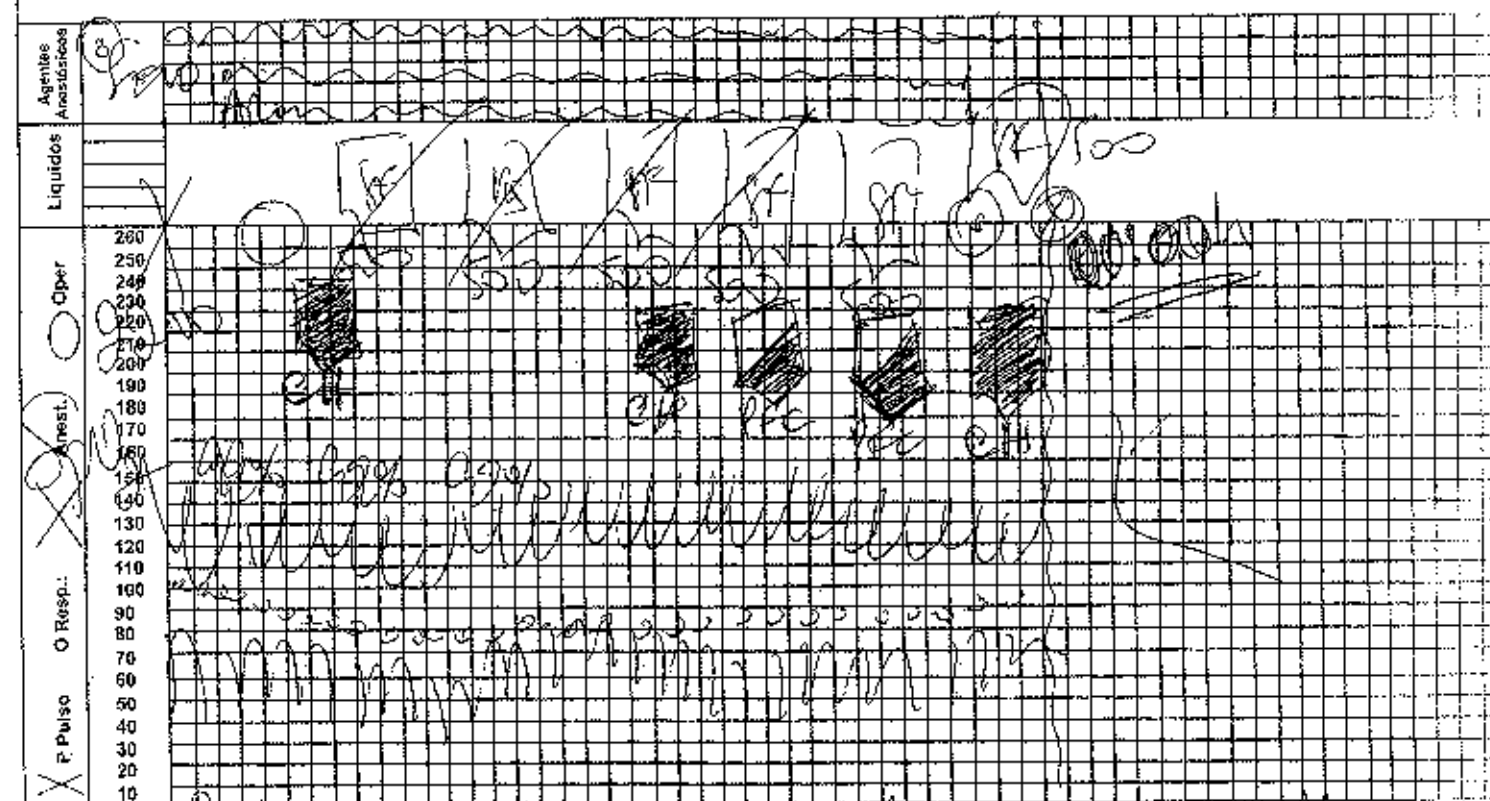
Paciente vítima de queda de altura
há 05 dias. De entrada nesta unidade
há (24/11/17) a - queixas de dor abdominal
USG abdome mostrando redução da continuidade
de lúmen e ruptura lúmen na cavidade abdo-
nal. Hb = 7,5

CS: Indicado laparotomia exploradora /
intensa

Renan Santos Pessoa
Cirurgião Geral
CRM/RN - 7974

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome				Idade	Sexo	Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hemalias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia		
Urina							
Ap. respiratória					Alergia		
Ap. circulatória					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental		Atracicos	Corticoides	Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito	



SÍMBOLOS	ketamil 250ug	ketamine 2p	propofol 10ug	propofol 10ug
E	etomidato 20ug	ketamine 50ug	propofol 2p	propofol 2p
ANOTAÇÕES	ketamil 20ug	ketamine 50ug	propofol 2p	propofol 2p
POSIÇÃO	ketamil 20ug	ketamine 50ug	propofol 2p	propofol 2p
Agentes				
Técnica				
Operação				
Cirurgiões				
Anestésistas				
Observações				
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LURDES
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Fernando Alexandre Ferreira Idade: 38 D/N: 21/07/1979
Pront.: 149.945 Município: Pombal Procedência: () Interno (X) Externo
Data da cirurgia: 24/11/14 Hora Admissão: Bloco: 24 Sala: 21-45 Hora Saída: 14:45 Peso: ± 64kg
Alergias: Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras negas
Uso de medicações: Não () Sim Jejum: () Não (X) Sim
SSVV Admissão: PA: 100x60 mmHg Pulso: 80 bpm FI: 80 rpm FC: 80 bpm SpO₂: 93 % T: — °C

Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado(a): Ana Paula Circulante: Clara

Cirurgia: Laparotomia exploradora (esplenotomia) Especialidade: G. geral Sala: 03

Hora Início: 22:00 Hora Término: 23:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada

1ª Cirurgião: Dr. Renan Aux.: Dr. Thiago Residente: Andressa

Anestesia: () Local () Sedação (X) Geral TOT: 8.0 () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº: — () Peridural () Ic/cateter () Sc/cateter

Ag. nº: — Cateter nº: — Início: 21:55 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: — Término: —

Anestesiologista: Dr. Jackson

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC				Bpm
Pulso	<u>74</u>	<u>81</u>		Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>		%
Capnografia				%
PA	<u>125x94/110x84</u>			mmHg

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>USE</u>
Cateter: <u>24</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº
Retorno:
CATETERISMO VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SVE nº <u>16</u>
SVA nº
Diurese: <u>Clara</u>
Profissional responsável: <u>Enf. Lidiane</u>

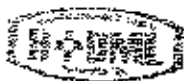
EXAMES SOLICITADOS:
() Hemograma
() Gasometria
() Coagulograma
() Outras
() Tipagem Sanguínea
() Glicosimetria
() Radioscopia (Raio X)

POSICÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Flexidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendelenburg		<input checked="" type="checkbox"/> Analômicos
<input type="checkbox"/> Cantivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Flexidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não (X) Metal () Descartável
Local: <u>Panturrilha dir.</u>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>Abdomen</u> Solução: <u>Clorox</u>
Local: <u>Abdomen</u>

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>Laparotomia</u> Quant. Material: <u>591/66</u>
Val.: <u>—</u> Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemoprecipitado _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.

HEMOTRANSFUSÃO:
() Plasma _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.

() Plaquetas _____ Unid.

CONFERE COM ORIGINAL

h: _____
h: _____
h: _____

MEDICAÇÕES UTILIZADAS
h: _____
h: _____
h: _____

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

HIDRATAÇÃO VENOSA
Soro Ringer Simples: 1000 ml
Soro Ringer Lactato: 1000 ml

Quantidade total de volume administrado: _____

() Não () Sim Peça:

ANATOMO PATOLÓGICO

Swab para cultura: _____

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS:

RAZÃO DO EXAME: PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE REOP. DE VAS. EXPLORADA, CIRURGIA PL. VENTR.

Ass: Augusto Coren: 29221

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Boia de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: _____

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

Hora: 36:50 Data: 27/11/12 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcoze () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: Perif Local: Do D Sondas: () Gástrica () Enteral (X) Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat %	Dor
Admissão						
30'		66			99	
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

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

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

O2 ambiente, sonolento, segue em observação. Paciente consciente e orientado em enfermagem cirúrgica.

Ass: Kadgama Coren: 263325

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

Solicite laboratório -

CONDUTA

Solicite TC abdome com contraste.

Explicando sobre Hx cirúrgica x conservadora.

1) SFO, 9%. 500 ml, IV, 6/6h. ~~18~~ 24 06 132) SFO, 9%. 500 ml, IV, Acm. ~~18~~

3) Repouso!

4) SFO, 9%. 1500 ml EV em 12 horas.

5) Diproxona 500 mg/ml - 02 amp + ABD, EV, 6/6h.

6) Tenoxicam 20mg - 01 amp + ABD, EV, 12/12h.

7) Tramal 50 mg/ml - 01 amp + 100ml SFO, 9%, EV, 6/6horas

Ass. do Responsável

Márcia de Farias Cabido
Médica - CRM 8460

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE c. geral	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA ____ PARA ____
HORA ____ HS		
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Fernanda Ito Coloproctologia CRM 8460		CHAMADO DO PLANTÃO (Carimbo)
MÉDICO (Carimbo)		



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

ITAMAR APARECIDO FERREIRA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

149945

7- CARTÃO NACIONAL/USUB

888 0034 2804 6864

8- DATA DE NASCIMENTO

21/07/1979

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA-COR

11- NOME DA MÃE

MARIA DO SOCORRO FERREIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

ROSALIA CAXIAS (ESPOSA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA JOAO IZAIAS, 474

16- MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

17- BAIRRO

VALE DO SOL

18- UF

RN

19- CEP

59143-020

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso há 05 dias + dor abdominal.
Queda de Hb e USG mostrando lesão da redução
de continuidade e sangramento livre no abdome.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Hto cirúrgico

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

Anamnese + Exame físico + ex. complementares

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma abdominal

24- CID 10 PRINCIPAL

S39

25- CID 10 SECUND.

K66.1

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Laparotomia exploradora

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

Cirúrgica

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgente

31- DOCUMENTO

() CNS () CPT

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

KEVAN PEREIRA

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÁFEGO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNES DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

() CNS () CPT

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

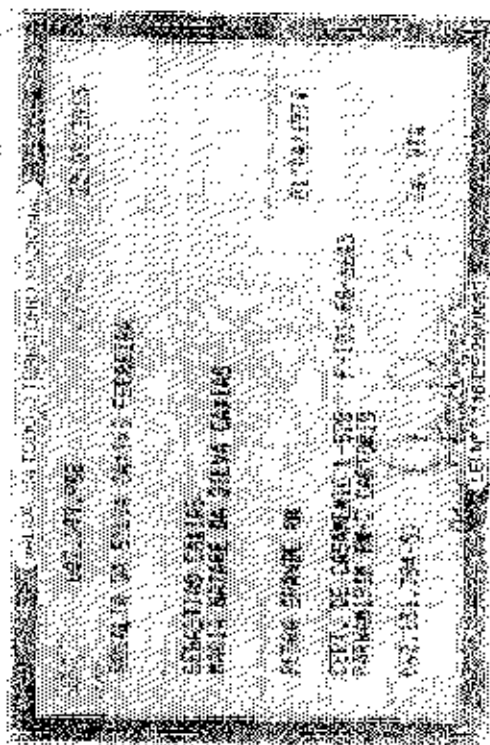
51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome <u>Flamini Apoliceo Ferreira</u>						
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Idade	Sexo
<u>27/11/2013</u>	<u>130x80</u>	<u>65 bpm</u>				
Tipo sanguíneo	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Outros	
	Urina					
Ap. respiratório				Asma		
Ap. circulatório				Bronquite		
Ap. digestivo				Eletrcardiograma		
Estado mental		Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
<u>Lotu</u>		Atarácicos	Corticóides	Alergia		
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		
<u>Alcorno operado inflamatório</u>				<u>ASA IE</u>		
Anestésias anteriores				Risco		
Medicação pré-anestésica				Efeito		

Agente Anestésico	8	<u>Propofol 20mg</u>	<u>Propofol 50mg</u>	<u>Ureia 10mg</u>	<u>Ureia 10mg</u>
Líquidos		<u>Fentanyl 100mcg</u>	<u>Fentanyl 100mcg</u>	<u>Ureia 10mg</u>	<u>Ureia 10mg</u>
Oper					
Anest.					
O Resp.					
P Pulso					

SÍMBOLOS	CONFERE COM ORIGINAL	
NOTAÇÕES	Servidor	
POSICÃO	152996	
Agentes		
Técnica	<u>A6B (IV + Insp.) + IOIC (testo + 80% CO2) + VMC C1 Ent. Seme. Escalada</u>	
Operação	<u>LIC + obtenção de hemihomos em lapa explante</u>	
Cirurgiões	<u>Felipe Figueiredo + Luis Almeida</u>	
Anestésistas	<u>Flamini Apoliceo</u>	
Observações	<u>Perda sanguínea</u>	



(Faint circular stamp or watermark visible in the background)

RECEIVED
11 MAY 1966
15000 COLAR
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

012-836-944-25

Nome completo da vítima

Tamara Aparecida Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Tamara Aparecida Ferreira		CPF titular da conta 012-836-944-25	Profissão Autônomo
Endereço Rua São Raimundo		Número 28 A	Complemento
Bairro Bela Vista	Cidade Maringá	Estado PR	CEP 59280-000
Email (084) 9-877-57-08		Telefone (DDD) (084) 3272-8503	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

2008

D/V

CONTA

Nº

85471

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

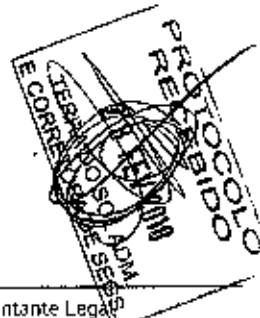
Maringá, 18 de Dezembro de 2012

Local e Data

Tamara Aparecida Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA Loteria

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

030-386024882-2

30/JAN/2018

HORA DE 13:19:34

LOT: 17.19421-3
LOCALIDADE: PARMATRIN
AG. VINCULADA: 2008

TERM: 011968

CONTROLE: 006657689

CAIXA Loterias

~~DEPOSITO EM CAIXA~~

2008 013 00085471-0

ITAMAR APARECIDO FERREIRA

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

030-386024882-2

CAIXA

12 VIA

CAI

PROTÓCOLO
RECEBIDO
23 FEV 2018
TERNA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA-GERAL DE POLÍCIA CIVIL - (DEGEPOL)
DIRETORIA DE POLÍCIA DA GRANDE NATAL - (DPGRAN)
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MACAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº0039/2018-DPM

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
LOCAL DO FATO: BR 226, GUARAPES, PRÓXIMO A PONTE, MACAÍBA-RN
DATA E HORA DO FATO: 19/11/2017 HORA: 15 H

COMUNICANTE: ITAMAR APARECIDO FERREIRA

Filiação: FRANCISCO ANTONIO FERREIRA E MARIA DO SOCORRO FERREIRA
Documento: RG. 002.193.403 CPF: Naturalidade: SÃO SIMÃO/GO
Endereço: RUA SÃO RAIMUNDO, Nº 28A, BELA VISTA I, MACAÍBA/RN
Data de Nascimento: 21/07/1979
Profissão: PEDREIRO
Telefone: (84) 98837-5452

VÍTIMA: COMUNICANTE

Filiação: _____
Documento: _____ Profissão: _____
Endereço: _____
Nascimento: _____
Telefone: (84) _____

PROTOCOLADO
RECEBIDO
29 FEV 2018
TERRA DO SOL-ADM.
E CORRETORES DE SESS.

Acusado(a): A ESCLARECER


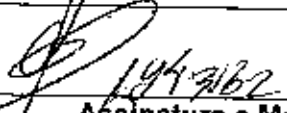
Endereço: _____
Ponto de referência: _____

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante compareceu a esta unidade de polícia, onde informou que trafegava sentido Macaíba - Natal, pilotando a motocicleta de placa MXI 6180, em nome de Valdir Aparecido Ferreira, seu irmão, quando nas proximidades da Ponte do Rio Guarapes na BR 226, colidiu em um animal que atravessou bruscamente a pista de rolamento. A colisão provocou a queda da vítima, que sofreu escoriações pelo corpo, que mesmo ferido conseguiu pilotar a motocicleta até a UPA DE MACAÍBA. Nada mais disse.

OBS: O DECLARANTE ACIMA É RESPONSÁVEL PELAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE ATO.

MACAÍBA/RN, 12 DE JANEIRO DE 2018.

 Assinatura do(a) Comunicante/Vítima	 Assinatura e Matricula do Policial
--	--

081

UPA
24h
UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTOPREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

AMARELO

SAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Nº 043114.17.2

MATRÍCULA: 2017.06875-0

DATA: 19/11/2017

NOME: ITAMAR APARECIDO FERREIRA

HORA: 15:00:19

IDADE: 38 (a) e 3 (m) DATA DE NASC.: 21/07/1979 NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO FERREIRA

SEXO: M(x) F() TELEFONE: (84) 8837-5452 COR: PARDO

ESTADO CIVIL:

RG: 002193403 EMISSÃO: 00/00/0000

CPF: 012.836.944-25

CARTÃO SUS: 700004987370705

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL

END.: RUA SÃO RAIMUNDO, nº 15

BAIRRO: CENTRO

ZONA: URBANA

CIDADE: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

PONTO DE REFERÊNCIA:

CEP:

ACOMPANHANTE: AMIGO- JOSIVAN

QUEIXA PRINCIPAL: DOR FORTE ABDOME IRRADIANDO PARA OMBRO ESQUERDO. HÁ QUANTO TEMPO: 19/11/2017

DIABETES: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() HAS: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() ETILISTA: SIM(X) NÃO() SOCIALMENTE()

ALERGIA: SIM() NÃO(X)

GESTANTE: SIM() NÃO(X)

TABAGISTA: SIM(X) NÃO() QUAL: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM() NÃO()

NOTIFICAÇÃO: SIM() NÃO(X)

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM() NÃO(X) QUAL: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, DEAMBULANDO COM QUEIXAS DE DOR FORTE ABDOME IRRADIANDO PARA OMBRO ESQUERDO, APÓS ACIDENTE DE MOTO

SINAIS VITAIS DA CHEGADA:

HORA: 14:59

TA: 110,0x80,0

PULSO:

ALTURA:

PESO:

RESPIRAÇÃO:

TEMPERATURA:

HGT:

ESCALA DE DOR: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 (x) 7 () 8 () 9 () 10

ENFERMEIRA: IZABEL CRISTINA MATIAS DE MEDEIROS

Assinatura e Carimbo profissional

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dor em região torácica irradiando para ombro E após
 acidente de moto.

[Handwritten signature]

Assinatura e Carimbo
 Profissional
 19/11/2017

RECIBIDO
 19/11/2017
 13h 29min

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Dor em região torácica após trauma

Assinatura e carimbo do Médico

Autenticação: 7efb15e5b792def08e307cb802f64d92

ATO DE CLARATÓRIO

AMARELO

081



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



AMARELO

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

MATRÍCULA: 2017.06875-0

NOME:	ITAMAR APARECIDO FERREIRA		MÃE:	MARIA DO SOCORRO FERREIRA	LEITO:	<input type="checkbox"/> N/A
IDADE:	38 (a) e 3 (m)	DATA DE NASC.:	24/07/1979	LOCAL:	<input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO	
SEXO:	M() F()	TELEFONE:	(04) 8837-5452	ACOMPANHANTE:	AMIGO - JOSIVAN	
HORA:	15:58:28					
NATUREZA DO EXAME:						
- RX DE TORAX EM PA / PERFIL						
INDICAÇÃO CLÍNICA:						
DOR APÓS TRAUMA DE MOTO						
				MEDICO: HANNELORA FREIRE QUEIROZ		
				CRM: <input type="checkbox"/>		

[Handwritten signature]
Médico Registrado
CRM: 591872

PROTÓCOLO
RECEBIDO
23 FEV 2018
TERRA DO SOL - J.A.
E CORRETORA DE SEGS.