

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: 19/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 000000075347-9

Nr. da Autenticação DD934F3136B087E7

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200005433 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATOU TIBIAL A ESQUERDA (GRAU VI).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/4+) COM APOIO DE MULETAS CANADENSES, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA DA COXA E PERNA (++/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL E ANTERIOR JOELHO E PERNA, OUTRAS NA FACE MEDIAL E ANTERIOR DO JOELHO E PERNA, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DA COXA E PANTURRILHA, TUMORAÇÃO DE GRANDE NA REGIÃO DO PLATOU TIBIAL (CALO ÓSSEO), DOR, EDEMA E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, JOELHO COM GENO VARO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO .
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 125°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200005433 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS (PÁG. 8/9). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: *CONFORME LAUDO IML Nº 9959/2019 DATA: 04/11/2019 DR. GEORGE QUEIROZ CRM-SE 3185.
**SEQUELA EM SEGMENTO JÁ INDENIZADO, EM SINISTRO ANTERIOR 3170429079 (JUDICIAL) EM GRAU MODERADO (50%). O COMPLEMENTO APÓS ANÁLISE PARA O SINISTRO ATUAL É DE 25% PARA A QUANTIFICAÇÃO EM GRAU INTENSO (75%).

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004903/20

Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

CPF: 556.973.565-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/07/2018

Titular do CPF: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO : 556.973.565-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 556.973.565-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200005433

Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200005433

Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200005433 Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200005433

Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000059

Conta: 0000075347-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVI) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imagem da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju - S, 17 de agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Deposito
900
CAIXA

AUTO ATENDIMENTO - AG. ARACATUBA NORTE

DATA: 08/04/2019

HORA: 15:33:25

TERMINAL: 06361002

CONTEINER: 063610020552

AGENCIA: 06360 - SERVID

CONTA: 013.000/5347 9

CLIENTE: ADELIA LIREIRA DO NASCIMENTO

EXTRATO MENSAL PARA CUMPRIR OBRIGACAO

ULTIMOS 30 DIAS

CAIXA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200005433
Nome do(a) Examinado(a): Adelia Ferreira do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): R Bahia, 1630 Cs
Siqueira Campos Aracaju SE CEP: 49075-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 867.770
Data local do acidente: [16/07/2018]
Data local do exame: [24/01/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMINUTIVA DO PLATOU TIBIAL A ESQUERDA (GRAU VI).

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COMINUTIVA DO PLATOU TIBIAL COM PLACAS E PARAFUSOS

Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, JOELHO COM GENO VARO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO

Data da Alta: 29/07/2018

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/4+) COM APOIO DE MULETAS CANADENSES, FORÇA MUSCULAR DIMINUIDA DA COXA E PERNA (++/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL E ANTERIOR JOELHO E PERNA, OUTRAS NA FACE MEDIAL E ANTERIOR DO JOELHO E PERNA, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DA COXA E PANTURRILHA, TUMORAÇÃO DE GRANDE NA REGIÃO DO PLATOU TIBIAL (CALO ÓSSEO), DOR, EDEMA E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, JOELHO COM GENO VARO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO .
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 125°**

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE EM JOELHO ESQUERDO.

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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(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):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 114760/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/10/2019 14:35 Data/Hora Fim: 31/10/2019 14:51
 Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/07/2018 08:35

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Logradouro: Rua Acre

Complemento: quase em frente ao restaurante calumbi

Bairro: Siqueira Campos

Nº: 754

CEP: 49.072-010

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20805: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO (COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Feminino

Nasc: 05/12/1971

Profissão: Vendedor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria do Céu dos Santos

Nome do Pai: Manoel Messias Ferreira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 556.973.565-87

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: RUA BAHIA

Nº: 1630

Bairro: SIQUEIRA CAMPOS

Telefone: (79) 99998-5164 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Não

Endereço

Município: Aracaju - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 556.973.565-87

Placa: OEP7985

Renavam: 00579912361

Número do Motor: JC48E3E003409

Número do Chassi: 9C2JC4830ER003409

Ano/Modelo Fabricação: 2014/2013

Cor: BRANCA

UF Veículo: Sergipe

Município Veículo: Aracaju

Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 EX

Modelo: HONDA/BIZ 125 EX

Veículo Adulterado?: Não

Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
 Impresso por: Daiane Batista Menezes Santos
 Data de Impressão: 31/10/2019 14:51
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Adelia Ferreira do Nascimento

[Handwritten signature]

CARTÓRIO DO 7. OFÍCIO DA COMARCA DE ARACAJU, SE

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi entregue

Selo TJE: 201929526040275 Emissão: 17/12/2019
www.tje.jus.br/x/NXEPX0 Custo: R\$ 3,44

Tabella ou Escrivente



Anacely Ribelin de Souza
 Escrivente Autorizada



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 114760/2019

Quantidade 1 Unidade	Situação Melo Empregado
Última Atualização Denatran 22/02/2017	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adelia Ferreira do Nascimento	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA A COMUNICANTE QUE, NO DIA E HORA MENCIONADOS, ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA NA RUA ACRE, SENTIDO NORTE, QUANDO SENTIU UMA TONTURA E DESMAIOU, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, QUE FOI ATENDIDA PELO SAMU E LEVADA AO HOSPITAL CIRURGIA, QUE TEVE LESÕES NA TÍBIA NA PERNA ESQUERDA E TEM DIFICULDADES PARA ANDAR ATÉ HOJE, QUE A MOTO QUEBROU O FAROL E O RETROVISOR, QUE NÃO POSSUI SEGURO, QUE A MOTO ESTÁ EM SEU NOME, QUE SOUBE QUE UM CARRO FOI DANIFICADO NO LOCAL, MAS NÃO SABE PRECISAR AS CARACTERÍSTICAS DO VEÍCULO, NEM QUEM SERIA O CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO.

ASSINATURAS

Dalane Batista Menezes Santos
Agente de Polícia
Matrícula 2537
Responsável pelo Atendimento

Adelia Ferreira do Nascimento
(Comunicante / Envolvido)

"Declaro, sob as penas da lei, que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

CARTÓRIO DO 7.º OFÍCIO DA COMARCA DE ARACAJU/SE

Certifico e dou fé que a presentecópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi entregue

Selo TJSE: 201929526040275 Emissão: 17/12/2019

www.tjse.jus.br/x/NXEPXD Custo: R\$ 3,44

Tabella ou Escrevente
Anacely Ribeiro de Sales
Escrevente Autônoma



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Dalane Batista Menezes Santos
Data de Impressão: 31/10/2019 14:51
Protocolo nº: N80 disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

206654576470007

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/12/1971

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1042595

11 - NOME DA MÃE

MARIA DO CEU DOS SANTOS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOSEFA NASCIMENTO CARVALHO/CUNHADA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA BAHIA Nº 1630

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARACAJU

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49075000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DA TÍBIA (D), NO ± 3 INCHAS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

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

EXAMES CLÍNICO E RADIOLOGICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA TÍBIA (D)

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82.1

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V23.0

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

REDUÇÃO COM FIXAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040805055

29 - CLÍNICA

ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URG

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSIST.

3655399658

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Eliana Maria Soares Barreto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/07/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Leonardo F. Mendes

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Anderson F. F. da Mota
Super. do Médico
CRM - SE 3686
R. 198.735 - 20

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

10/07/18

281810015091-0

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: 19/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 000000075347-9

Nr. da Autenticação DD934F3136B087E7

11-11-11



CEP: Rua Campos do Prado, 221, 13 de Junho, Aracaju-SE, 55020-000
 CNPJ: 13.618.171/0001-60 - INSC. EST: 27.011.030-2

FATURA MENSAL *
ANEXO AUTO DE CORTE

02164533

Nome do Cliente		CPF: 12.018.171/0001-40 - RUA: EST. 27.011,030-0		ANEXO AVISO DE CORTE ***		02/16453	
Endereço		Cidade		Estado		CEP	
RUA BAHIA, 1630 - CARACAJU		49075-000					
Grupo Seguradora		Data de Emissão		Número do Documento		Observações / Emissões	
014002/00023		01/11/2019		0177C039535		RES: 1	

Leit. Anterior	217	HISTÓRICO DE CONSUMO	
Leit. Atual	228		
Consumo Faturado (m3)	11	REF.	(m3)
Média de consumo (m3)	9	10/19	00010
Ocorrência de Leitura		09/19	00010
Data da Leit. Anterior	02/10/19	08/19	00011
Dias de Consumo	30	07/19	00008
Média diária (m3)	0.3	06/19	00009
Previsão para Próx. Leit.	01/12/19	05/19	00009

INFORMACOES COMPLEMENTARES		PREVISAO DE TRIBUTOS (R\$)	
		COFINS: 3.62	PASEP: 0.79

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

NOVEMBRO AZUL PELA SAUDE DO HOMEM. MES DE LUTA CONTRA O CANCER DE PROSTATA.

DECRETO Nº 27.365/2010

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 – SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.debo-ee.com.br/agencyvirtual

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 – SAC: 4020-0195		AGÊNCIA VIRTUAL: www.debo-ee.com.br/agencyvirtual	
DECRETO Nº 27.365/2010			
CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 – SAC: 4020-0195			
AGÊNCIA VIRTUAL: www.debo-ee.com.br/agencyvirtual			

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

DECRETO Nº 27.365/2010

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 – SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.debo-ee.com.br/agencyvirtual

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

DECRETO Nº 27.365/2010

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 – SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.debo-ee.com.br/agencyvirtual

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

DECRETO Nº 27.365/2010

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 – SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.debo-ee.com.br/agencyvirtual

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

DECRETO Nº 27.365/2010

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 – SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.debo-ee.com.br/agencyvirtual

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

DECRETO Nº 27.365/2010

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 – SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.debo-ee.com.br/agencyvirtual

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.77
0094	0101	08/2019	0.59
0094	0101	08/2019	0.11

DECRETO Nº 27.365/2010

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 – SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.debo-ee.com.br/agencyvirtual

0000	0101	10/2019	0.00
0091	0101	08/2019	0.7

* Telefone para contato (com DDD): 79 32415885





DESA
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE GOIÁS

NOVEMBRO AZUL - Todos no lado esquerdo e direito do gráfico

SEDE: Rua Campo do Dr. João, 231, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-000
CNPJ: 13.618.171/0001-60 - INSC. EST. 27.051.036-2

FATURA MENSAL *
ANEXO AVISO DE CORTE ***

02164593

Nome do Cliente: ADELIA FREIRE DO NASCIMENTO

RUA: BAHIA, 1630 - ARACAJU - 49075-000

Grupo/Seromotor/Localidade: 014002/00023

Data da Leitura: 01/11/2019

Volumetro: A17C039535

Classificação / Economia: RES: 1

Leit. Anterior	217	HISTORICO DE CONSUMO <table border="0"> <tr> <td>REF.</td> <td>(m3)</td> </tr> <tr> <td>10/19</td> <td>00010</td> </tr> <tr> <td>09/19</td> <td>00010</td> </tr> <tr> <td>08/19</td> <td>00011</td> </tr> <tr> <td>07/19</td> <td>00008</td> </tr> <tr> <td>06/19</td> <td>00009</td> </tr> <tr> <td>05/19</td> <td>00009</td> </tr> </table>	REF.	(m3)	10/19	00010	09/19	00010	08/19	00011	07/19	00008	06/19	00009	05/19	00009
REF.	(m3)															
10/19	00010															
09/19	00010															
08/19	00011															
07/19	00008															
06/19	00009															
05/19	00009															
Leit. Atual	228															
Consumo Faturado (m3)	11															
Média de consumo (m3)	9															
Ocorrência de Leitura																
Data da Leit. Anterior	02/10/19															
Dias de Consumo	30	PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$) COFINS: 3,62 PASEP: 0,79														
Média diária (m3)	0,3															
Previsão para Próx. Leit.	01/12/19															

INFORMACOES COMPLEMENTARES

Serviços:

AGUA	Valor
ESGOTO	146,18
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0,00
091 JUROS DE MORA	0,77
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0,59
	0,41

VENCIMENTO: 09/11/2019

TOTAL PAGAR R\$: 147,65

NOVEMBRO AZUL PELA SAUDE DO HOMEM. MES DE LUTA CONTRA O CANCER DE PROSTATA.

Atenção: A falta de pagamento dessa fatura de (trinta) dias após seu vencimento, implicará na interrupção do fornecimento de serviços, de acordo com o Decreto Lei nº 27.565/2010.

CANALIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195

AGÊNCIA VIRTUAL: www.desa-go.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art. 5º inciso I)

Parâmetro	27/10/2019	Cor	Cloro	Fluor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	244	68	244		244	244
Nº de Amostras Analisadas	326	326	326		326	326
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria	293	289	319		322	325

Qualidade da Água Distribuída em Goiás - Ver Mapa

Flavor Autentico no Verde

O.E. M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 08/2018

PAG.: 1
DATA: 01/08/2018

Num AIH: 281810015091-0

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 08/2018

Data Autorização: 16/07/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 190136126930000

Doc med resp: 206790814650008

Doc diretor clínico: 206790814650009

Doc médico solic: 124301372500007

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70260874859954-8

Paciente: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Prontuário: 1042585

Data Nasc.: 05/12/1971 Sexo: FEMININO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 867770

Responsável pac.: JOSEFA NASCIMENTO CARVALHO

Nome da Mãe: MARIA DO CEU DOS SANTOS

Endereço: RUA BAHIA 1630 Bairro: SIQUEIRA CAMPOS

Raça/Cor: 03-PARDA Etia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 280030 - ARAÇAJU

UF: SE CEP: 49075-000

Telefone: (79)9883-45572 Muda Proc.: N/A

Procedimento solicitado: 04.08.05.055-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Procedimento principal: 04.08.05.055-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Diag. principal: S821-FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Complementar:

Diag. secundário:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Causa Óbito:

Data internação: 16/07/2018

Data saída: 25/07/2018

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Modalidade: HOSPITALAR

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]:

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo Previdência:

CBOR:

Documentação médica - hospitalar



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	Compt	Descrição
2	0408050551	105053600010007 225151(6)	3359948	3359948	1	07/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO
4	0702030970	02681701000169 02681701000169	02681701000169	02681701000169	1	07/2018 PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
6	0302050019	980016287944507 223635	0002283	0002283	5	07/2018 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
8	0302050019	206790829170008 223635	0002283	0002283	1	07/2018 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000036523	02.681.701/0001-69				
4	000036523	02.681.701/0001-69				
5	000036523	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.02.06-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA							
03.02.06-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	38,10						38,10
04.08.05-MEMBROS INFERIORES							
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		795,29					795,29
Total Geral:	318,20	795,29		43,52	101,55		1.258,58
CID SECUNDÁRIO							

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V230	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. 5-TRANSITO
Número de Nascidos		
Vivos:	Mortos:	Altas:
Número de Saídas		
Transf.:	Óbitos:	Nº Pré-Natal:

De acordo com a Portaria SASMS Nº 82 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Drª Ana Angélica Dantas
Superf. Médica
CRM 2343
CPF 880.011.135-18

27/08/18

08/2018

Pg - 1

Unio



GOVERNO DE SERGIPE

SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU

COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE: MARIA DO CEU DOS SANTOS
ENDEREÇO: RUA BAHIA Nº 1630
CNS: 206654576470007 PLANO DE SAÚDE: SUS ESTADO/SE: SERGIPE
NATURALIDADE: ARACAJU MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
TELEFONE PARA CONTATO: 988630201 REGIÃO DE SAÚDE:

UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE ()
URGENCIA ORTOPEDICA

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

Junto do fôlego (E) Ho ± 03 horas, a se. Justo do fôlego

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Doente vítima de se. Justo do fôlego Ho 03 horas
presentemente junto do fôlego (E)

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

Não

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS (ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)

Exos mu - operatório + Rodipnefis

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)

Doente de 1º, exame em plano (E)
Contato físico do Ex.

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

Med. Analítica + profilaxia do fôlego.

EXAMES CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O ₂	TAQUICARDIA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIAL	GLUCEMIA	UREIA	CREATININA
HEMOGLOBINA	LEUCOS		USO DE O ₂	CREATININA SIM (1)	SINTUBADO	COLAR CERVICAL (1)

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o(a) Senhor(a)
ADELIO FRANCISCO DA SILVA encontra-se
impossibilitado(a) de exercer suas atividades laborativas por um período
de 30 (trinta) dias por motivo de LESÃO
a partir desta data.

Aracaju/SE, 26/07/18

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

RELATÓRIO REFERENTE À OCORRÊNCIA

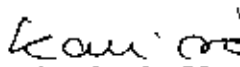
NÚMERO: 1807160208 / ESUS – SAMU

e – DOC 020000.26141/2019-8

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **08h41min** do dia **16 de Julho de 2018**, para atendimento de vítima identificada conforme ficha como **Adélia Ferreira do Nascimento**, com relato de colisão carro x moto, no município de Aracaju.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Aracaju** realizou atendimento no local, e em seguida removeu para o **Hospital de Cirurgia**, no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 21 de Outubro de 2019.


Karina Andrade de Mendonça
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM-SE 2057

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA

HOSPITAL DE CIRURGIA

NOME:

Adelino Gomes do
Monte

A pedido do Sr. Adelino Gomes do
Monte a submeter a
tratamento cirúrgico de fratura
do fêmur do T.B.I.A.C. (E)
e fratura de 2^a de dedo
da mão esquerda
de 10 dias
A 17/11/82
2308 298


José Leopoldo de Lima
CRM 1828 - SE
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Mão

Av. Desembargador Maynard, nº 174 - tel: 2106-1344
CEP - 49055-210 - Aracaju - SE

MOD-022 HCAL



DIRETORIA GERAL DE SISTEMAS - DGS
SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

Autorização para Ocupação de Vaga

Nº DO CARTÃO SUS

206654576470007

Registro SIGAU

5163

Nome do(a) Paciente

ADÉLIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Data de Nascimento Idade

05/12/1971

4

Nome da Mãe

MARIA DO CEU DO SANTOS

Naturalidade

NÃO INFORMADO

Endereço

RUA BAHIA, Nº1630

Exame/Procedimento

000.000.000-0

Exames / Procedimentos

Município onde Reside

ARACAJU

Indicação do Tratam

FRATURA DE TIBIA ESQ

UNIDADE SOLICITANTE

CIRURGIA

URGENCIA ORTOPEDICA

UNIDADE EXECUTANTE

CIRURGIA

PRIORIDA

AUTORIZADO PARA:

ORTOPEDIA 1

SOLICIT. EM ENFERMARIA

LEITO B4

Assinatura
Carimbo do(a) Médico

Paulo R. A. F.
Clínica M.
CRM 1024



RL1607HCE0B4PB7

INFORMAÇÕES GERAIS				INFORMAÇÕES DE ATRIBUIÇÃO	
PROVENIÊNCIA	TIPO DE ATRIBUIÇÃO	TIPO DE ATRIBUIÇÃO	TIPO DE ATRIBUIÇÃO	TIPO DE ATRIBUIÇÃO	TIPO DE ATRIBUIÇÃO
PROVENIÊNCIA	TIPO DE ATRIBUIÇÃO	TIPO DE ATRIBUIÇÃO	TIPO DE ATRIBUIÇÃO	TIPO DE ATRIBUIÇÃO	TIPO DE ATRIBUIÇÃO

DEAMBULATÓRIO	DEAMBULATÓRIO	DEAMBULATÓRIO	DEAMBULATÓRIO
DEAMBULATÓRIO	DEAMBULATÓRIO	DEAMBULATÓRIO	DEAMBULATÓRIO

HISTÓRICO DA DOENÇA (S) *Doença do Fígado*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO *Unidade de Ativos de*

RECEBIMENTO DE MEDICAMENTO

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

NIR	
Data:	Hora:
Responsável:	

CRL (RECEBIMENTO)	
Data:	Hora:
Responsável:	

CRL (Autorização)	
Data:	Hora:
MIR:	
Código:	
Assinatura:	

ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação.

As atualizações deverão ser feitas a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de Informações Complementares e enviadas à Central de Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE: <i>Adriana Ferreira do Nascimento</i>		
MATRÍCULA:	IDADE:	CONVÊNIO:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>dist. do planalto tibial e</i>		
CIRURGIA REALIZADA: <i>osteotomia de planalto</i>		
CIRURGIÃO: <i>Dr. José Carlos</i>	ANESTESIOLOGISTA: <i>Dr. Paulo</i>	
AUXILIAR: <i>Marcelo MR2</i>	AUXILIAR:	
AUXILIAR:	ANESTESIA UTILIZADA: <i>raquim</i>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		

EQUIPAMENTOS

☐ B. E. / BIPOLAR☐ TRÉPANO ELÉTRICO☐ SERRA ELÉTRICA☐ MICROSCÓPIO CIRÚRGICO☐ FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

1. Paciente em TGH sob anestesia
2. Posiciona e antissepsia
3. Bloqueio da região e lavagem
4. Posicionamento do campo estéril
5. Incisão lateral da coxa ao plano
6. Labial de Jochen E
7. Incisão para plano
8. Sutura da pele + guanteza ao globo

24.07.18

DATA

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

MOD: 042-HCAL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

1. ~~de fratura~~
2. ~~de fratura~~ de material de síntese na (fratura de mandíbula) do
3. ~~de fratura~~
4. ~~de fratura~~ redução e alinhamento da mandíbula e comprimento articular + fixação interna com placa em L + placa
5. ~~de fratura~~ + 02 anclagens superiores
6. ~~de fratura~~ maxila medial 1/2 processo tra
7. ~~de fratura~~ maxila medial do maxila
8. ~~de fratura~~ secção principal
9. ~~de fratura~~ desbridamento + criminalização do
10. ~~de fratura~~ maxila
11. ~~de fratura~~ redução com alinhamento da mandíbula e fixação interna com placa
12. ~~de fratura~~ + anclagem na placa + pontos com 0
13. ~~de fratura~~ drenagem com 500g
14. ~~de fratura~~ drenagem de garbato + no da he-
15. ~~de fratura~~ maxila
16. ~~de fratura~~ drenagem por placas de ambrinax
17. ~~de fratura~~ drenagem estrut
18. ~~de fratura~~ S2PA

Assinatura do Cirurgião

DATA

DATA: 24/07/18

PACIENTE: <u>Adelina Ferreira do Nascimento</u>				MATRÍCULA:		CONVÊNIO: <u>Zero</u>	
IDADE: <u>46a</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>pd</u>	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jose Leopoldo</u>				ANESTESISTA: <u>Paulo Cesar</u>			
1º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura do pé na alta tibial E</u>							
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>Idem</u>							
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Redução cirúrgica com fixação</u>							
CIRURGIA REALIZADA: <u>Aproposta</u>							
PRÉ-MEDICAÇÃO:						HORA:	RESULTADO: <u>1-2-3-4-5-6</u>
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>17:30h</u>		INÍCIO DA OPERAÇÃO: <u>17:40h</u>		ALT DA ANESTESIA:		RISCO OPERATÓRIO: <u>1-2-3-4</u>	ESTADO FÍSICO: <u>1-2-3-4-5-6-7</u>

☒ MONITOR ECG		☒ OXÍMETRO PULSO		☐ CAPNÓGRATO		☒ PAM NÃO INVASIVA		☐ VENTILADOR																												
FLUIDOS: <u>17h R. Lactato 500ml 5% glicozado 500 5% fisiológico 500</u>																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DRUGAS</th> <th>CONC</th> <th>QUAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Fentanyl</u></td> <td><u>100mcg</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Midazolam</u></td> <td><u>05mcg</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Esfaglin</u></td> <td><u>02g</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Dexamet</u></td> <td><u>10mcg</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Nausea-dron</u></td> <td><u>08mcg</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Diprivan</u></td> <td><u>02g</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Cefepime</u></td> <td><u>1000mcg</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Ranitidina</u></td> <td><u>50mcg</u></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										DRUGAS	CONC	QUAN	<u>Fentanyl</u>	<u>100mcg</u>		<u>Midazolam</u>	<u>05mcg</u>		<u>Esfaglin</u>	<u>02g</u>		<u>Dexamet</u>	<u>10mcg</u>		<u>Nausea-dron</u>	<u>08mcg</u>		<u>Diprivan</u>	<u>02g</u>		<u>Cefepime</u>	<u>1000mcg</u>		<u>Ranitidina</u>	<u>50mcg</u>	
DRUGAS	CONC	QUAN																																		
<u>Fentanyl</u>	<u>100mcg</u>																																			
<u>Midazolam</u>	<u>05mcg</u>																																			
<u>Esfaglin</u>	<u>02g</u>																																			
<u>Dexamet</u>	<u>10mcg</u>																																			
<u>Nausea-dron</u>	<u>08mcg</u>																																			
<u>Diprivan</u>	<u>02g</u>																																			
<u>Cefepime</u>	<u>1000mcg</u>																																			
<u>Ranitidina</u>	<u>50mcg</u>																																			
ANOTAÇÕES:																																				

AGENTES ANESTÉSICOS: <u>Propofol 13mg e Bupivacaína 100mcg</u>			
TÉCNICA: <u>Intubação laríngea</u>			
INDUÇÃO:	POSICÃO: <u>9</u>	LOCAL PUNÇÃO: <u>3/4</u>	LÍQUIDO RETIRADO:
TÉCNICA: <u>Raque</u>	POSICÃO APÓS:	POSICÃO OPERATÓRIA:	RESULTADO: <u>DR.M.</u>
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <u>12:50'</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>12:50'</u>	CONSCIÊNCIA: <u>abolida</u>	
PÓS-OPERATÓRIO: ☐ UTI ☒ SRPA	DESTINO DA SRPA: ☒ LEITO ☐ ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES: <u>boa</u>	
OBSERVAÇÕES:			

ASSINATURA DO ANESTESISTA:
Paulo Cesar
Dr. Paulo Magno
Anestesiologista
CRM-SE 0329



PACIENTE:

Nelsia Ferreira do Nascimento

Nº DAAIH:

PRONTUÁRIO Nº

5042595

DATA DA CIRURGIA:

29-07-18

CONVÊNIO:

S

CIRURGIÃO:

Dr. José Roberto

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 017365

	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peg. Fragmentos	Amuela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada ☐ Femur ☐ Tibia ☐ Umero		
	Placa em T 3,5			Parafuso para Haste Bloqueada		
	Placa A/C Estrela Peg. Fragtos 3,5			Parafuso Tampão		
	Placa 1/3 Tubular Peg. Fragtos 3,5			Haste ☐ Ender ☐ Mini Ten ☐ Ten.		
	Placa em Trevo 3,5			Fixador ()		
Grandes Fragmentos	Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)		
	Amuela p/ Parafuso ☐ 4,5 ☐ 6,5			Fixador Linear (Úmero)		
	Placa A/C Estrela 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa A/C Larga 4,5			Fixador Linear (Femur/Tibia)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Femur)		
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)		
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
	Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
	Placa em L/T 4,5 ☒ Direita ☒ Esquerda	02	02	Fixador Linear TP Preston (Femur)		
	Placa Tipo Puddu ☐ Femur ☐ Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
Bra. Colo	Placa Tubo Richards ☐ 95° ☐ 135°			Fixador Iizarov		
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
Quadril	Prótese Thompson			Equipo p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetábulo			Equip. Multivias		
	Acetábulo Bipolar			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)		
	Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso Transverso		
	Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interferência		
	Inserto do Acetábulo			Agrafe		
	Cabeça Intercambiável			Âncora Femoral (Endobolon)		
	Haste			Âncora		
	Centralizador			Cânula		
	Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
Joelho	Componente Femoral			Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial			Fio de Cerclagem		
	Bese Tibial			Grampo de Blount		
	Componente Patelar			Placa Bloqueada 3,5 ()		
	Steri Drape			Placa Bloqueada 4,5 ()		
	Cimento Ortopédico			Placa Titânio () ()		
	Kit Cimentação			Placa Pedus		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO	Nº					PARAFUSO TITANIO	Nº				
CORTICAL ____MM	QTD					CORTICAL ____MM	QTD				
PARAFUSO CORTICAL 3,5MM	Nº					PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____MM	Nº				
QTD	QTD					QTD	QTD				
PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM	Nº					PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____MM	Nº				
QTD	QTD					QTD	QTD				
PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	Nº	28	34	26	58	48	54				
QTD	QTD	01	01	01	02	01	01				
PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM	Nº					PARAFUSO ☐ AÇO ☐ TIT CANULADO 3,5	Nº				
QTD	QTD					QTD	QTD				
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA	Nº					PARAFUSO ☐ AÇO ☐ TIT CANULADO 4,5	Nº				
QTD	QTD					QTD	QTD				
PARAFUSO ESPONJ. R/32 LONGA	Nº					PARAFUSO ☐ AÇO ☐ TIT CANULADO R/16	Nº				
QTD	QTD					QTD	QTD				
PARAFUSO TIPO HERBERT	Nº					PARAFUSO ☐ AÇO ☐ TIT CANULADO R/32	Nº	60	65	70	
QTD	QTD					QTD	QTD	02	02	01	



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

Comunicado de Utilização de Órtese, Prótese e Material Especial (OPME)
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Valéria Ferreira de Vasconcelos Matrícula: 1042895
Enfermaria: Sus Convênio: Sus
Diagnóstico: Infecção planalto tibial
Procedimento realizado: Red. Cm e/ fixação
Data da utilização: 24/07/18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

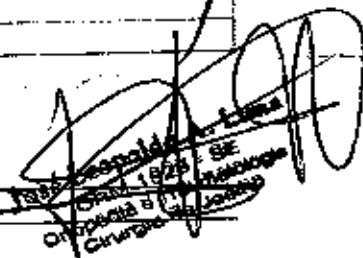
Nome: Dr. José Roberto
CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	02	placa 6x8x12 G-H
	07	parafusos cortico 4.5
	06	parafusos canchalo 6.5

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Artisan CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____


José Roberto
CRM 1925 SE
Ortopedia e Traumatologia
Grupo Cirúrgico

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO	Nº DO CARTÃO SUS	Nº DO PRONTUÁRIO 8042595
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA			CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
NOME DO(A) PACIENTE Márcia F. Santos				
NOME DA MÃE Márcia de Fátima Santos				SEXO ☐ Masculino ☒ Feminino
ENDEREÇO COMPLETO R. Bohia				CIDADE/UF/CEP Rio de Janeiro/RJ/20000-000
DATA DE INTERNAÇÃO 16/07/18	HORA DE INTERNAÇÃO 13 Hs 27 Min.	CARÁTER ☒ URG ☐ ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO
		ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE	
TIPO DE SOLICITAÇÃO				
☐ 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR ☐ 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ☐ 7 - DIÁLISE ☐ 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS ☐ 5 - HEMODINÂMICA ☐ 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO				
☐ 9 - HEMODERIVADOS ☐ 12 - UTI II ☐ 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE ☐ 13 - UTI III ☐ 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA ☐ 14 - OUTROS		PROCEDIMENTO 1 QTDE PROCEDIMENTO 2 QTDE PROCEDIMENTO 3 QTDE PROCEDIMENTO 4 QTDE		
☐ 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ 16 - DIÁRIA DE UTI I QTDE ☐ 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		☐ 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5 ☐ 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 ☐ 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE		
☐ 21 - NOVA AIH ☐ 23 - CUIDADOS PROLONGADOS ☐ 25 - REABILITAÇÃO CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ☐ 22 - PSIQUIATRIA ☐ 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE				
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)		DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

02 - V. l. de 6.5.18
07 - exames labor. de 4.5.18
08 - exames labor. de 6.5.18

João Lapoldo A. Lima
CRM 1822 - RJ
Oncologia Transfusão
Clínica de Jovens

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO

☐ SIM ☐ NÃO

MÉDICO SUPERV. SOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA
(ASSINATURA / CARIMBO)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Form 100-1 (Rev. 1-25-60) (Use for all reports)

1

Name: [redacted]
Date: [redacted]
Grade: [redacted]
School: [redacted]
City: [redacted]
State: [redacted]
Zip: [redacted]

1. Name of the person or organization to whom the report is being made: [redacted]
2. Address of the person or organization: [redacted]
3. City and State: [redacted]
4. Zip: [redacted]

5. Name of the person or organization to whom the report is being made: [redacted]

6. Address of the person or organization: [redacted]

7. City and State: [redacted]

8. Name of the person or organization to whom the report is being made: [redacted]
9. Address of the person or organization: [redacted]

10. City and State: [redacted]
11. Zip: [redacted]

12. Name of the person or organization to whom the report is being made: [redacted]
13. Address of the person or organization: [redacted]

14. City and State: [redacted]
15. Zip: [redacted]

16. Name of the person or organization to whom the report is being made: [redacted]
17. Address of the person or organization: [redacted]

Atividade: Reunião de Trabalho - 10/10/2019

Local: Sala de Reuniões

Participantes:

Nome: [Nome do Participante]
Cargo: [Cargo do Participante]
Departamento: [Departamento do Participante]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Objetivo: [Objetivo da Reunião]
Resultado: [Resultado da Reunião]

Assinatura: [Assinatura]

Data: [Data]

Assinatura: [Assinatura]

Nome: [Nome do Participante]
Cargo: [Cargo do Participante]
Departamento: [Departamento do Participante]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Assunto: [Assunto da Reunião]
Data: [Data da Reunião]
Hora: [Hora da Reunião]

Metrícula:										Leito:									
M() T() N() DATA:										FC: FR: PA: T:									
AP: GCS: RASS: IMS: MRC: NC:										VA: Sedação: DVA: SpO ₂ :									
Ventilação Mecânica: Modo: PC: TI: VC: Fluxo: FIO ₂ : PEEP: PS: IE: PR: Sens:										Ventilação Mecânica: Modo: FIO ₂ : PEEP: PS: IE: PR: Sens:									
Monit. Vent: Cost: Cdin: Res: IRRS: PaO ₂ /FIO ₂ :										Monit. Vent: Cost: Cdin: Res: IRRS: PaO ₂ /FIO ₂ :									
PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4										PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4									
Resumo das ações:										Resumo das ações:									
CONDIÇÃO: / FISIOTERAPIA MOTORA / FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA										CONDIÇÃO: / FISIOTERAPIA MOTORA / FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA									
DESEMPENHO: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRO?:										DESEMPENHO: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRO?:									
() THB () ENRM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo:										() THB () ENRM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo:									
() TEP () Ex. Resp () Transporte () TMR () Mont () Intub Outras:										() TEP () Ex. Resp () Transporte () TMR () Mont () Intub Outras:									
() RPPH () Posic () Outr () MAN () RCP () Exub										() RPPH () Posic () Outr () MAN () RCP () Exub									
Motora: () Passiva () Ativa assistida () Ativa () Resistida										Motora: () Passiva () Ativa assistida () Ativa () Resistida									
() SL () S c/ MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA										() SL () S c/ MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA									
Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esc () Ros										Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esc () Ros									
PSS:										PSS:									
Fisioterapeuta/CRÉDITO										Fisioterapeuta/CRÉDITO									
EXAMES REALIZADOS										EXAMES REALIZADOS									
EXAME HORA RESULTADOS										EXAME HORA RESULTADOS									
GASO: pH: PaO ₂ : PCO ₂ : HCO ₃ : BE:										GASO: pH: PaO ₂ : PCO ₂ : HCO ₃ : BE:									
GASO: pH: PaO ₂ : PCO ₂ : HCO ₃ : BE:										GASO: pH: PaO ₂ : PCO ₂ : HCO ₃ : BE:									
RAIO X: OUTROS:										RAIO X: OUTROS:									
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:										DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:									
CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA										CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA									
Fisioterapeuta/CRÉDITO										Fisioterapeuta/CRÉDITO									
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:										DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:									
CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA										CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA									
Fisioterapeuta/CRÉDITO										Fisioterapeuta/CRÉDITO									

FICHA DE EVOLUÇÃO										FISIOTERAPIA									
Nome: <u>Fernando de</u> Matrícula: <u></u> Leito: <u></u> Admissão: <u></u>										Nome: <u></u> Matrícula: <u></u> Leito: <u></u> Admissão: <u></u>									
DATA: <u>25.04.18</u> FC: <u></u> FR: <u></u> PA: <u></u> T: <u></u> RASS: <u></u> IMS: <u></u> MRC: <u></u> NC: <u></u> DVA: <u></u> SpO₂: <u></u> RC: <u></u> TI: <u></u> VC: <u></u> Fluxo: <u></u> PS: <u></u> IE: <u></u> FE: <u></u> Sens: <u></u> Res: <u></u> IRRS: <u></u> PaO₂/PIO₂: <u></u>										DATA: <u>26.04.18</u> FC: <u></u> FR: <u></u> PA: <u></u> T: <u></u> RASS: <u></u> IMS: <u></u> MRC: <u></u> NC: <u></u> DVA: <u></u> SpO₂: <u></u> RC: <u></u> TI: <u></u> VC: <u></u> Fluxo: <u></u> PS: <u></u> IE: <u></u> FE: <u></u> Sens: <u></u> Res: <u></u> IRRS: <u></u> PaO₂/PIO₂: <u></u>									
VENTILADOR: <u></u> GCS: <u></u> VA: <u></u> Sedação: <u></u> Modo: <u></u> PEEP: <u></u> CDm: <u></u>										VENTILADOR: <u></u> GCS: <u></u> VA: <u>VE</u> Sedação: <u></u> Modo: <u></u> PEEP: <u></u> CDm: <u></u>									
PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZ: <u></u> NÍVEL 1/1 <u></u> NÍVEL 2/1 <u></u> NÍVEL 3/1 <u></u> NÍVEL 4 <u></u>										PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZ: <u></u> NÍVEL 1/1 <u></u> NÍVEL 2/1 <u></u> NÍVEL 3/1 <u></u> NÍVEL 4 <u></u>									
Observações: <u>Por estar em Risco de queda e</u> <u>devido a pouca mobilidade</u>										Observações: <u>Por estar em Risco de queda e</u> <u>devido a pouca mobilidade</u>									
CONDIÇÃO: <u>FISIOTERAPIA MOTORA</u> <u>FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA</u>										CONDIÇÃO: <u>FISIOTERAPIA MOTORA</u> <u>FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA</u>									
DESEMPENHO: <u>() S/L () P. H. () 2/1 () 3/1 () 4/1 () 5/1 () 6/1 () 7/1 () 8/1 () 9/1 () 10/1</u>										DESEMPENHO: <u>() S/L () P. H. () 2/1 () 3/1 () 4/1 () 5/1 () 6/1 () 7/1 () 8/1 () 9/1 () 10/1</u>									
() THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): <u></u> Tempo: <u></u> () TEP () P. Ex. Resp () Transporte () TMR () Mont () Intub () Outras: <u></u> () RPP () P. Ex. Resp () C. Ex. Resp () MAN () RCP () Ex. Ex. Resp Motora: () Passiva () Ativa () Resistiva () S/L () S. C. MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Ev () Ros										() THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): <u></u> Tempo: <u></u> () TEP () P. Ex. Resp () Transporte () TMR () Mont () Intub () Outras: <u></u> () RPP () P. Ex. Resp () C. Ex. Resp () MAN () RCP () Ex. Ex. Resp Motora: () Passiva () Ativa () Resistiva () S/L () S. C. MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Ev () Ros									
Ass: <u></u> <u>Cristiane A. C. Robert</u> <u>Fisioterapeuta</u> <u>101101</u> <u>Fisioterapeuta/CREITO</u>										Ass: <u></u> <u>Fabio A. Almeida</u> <u>Fisioterapeuta</u> <u>101101</u> <u>Fisioterapeuta/CREITO</u>									
EXAMES REALIZADOS										EXAMES REALIZADOS									
EXAME: <u></u> HORA: <u></u> RESULTADOS: <u></u> GASO: <u></u> pH: <u></u> PaO₂: <u></u> PCO₂: <u></u> HCO₃: <u></u> BE: <u></u> GASO: <u></u> pH: <u></u> PaO₂: <u></u> PCO₂: <u></u> HCO₃: <u></u> BE: <u></u> RAIO X: <u></u> OUTROS: <u></u>										EXAME: <u></u> HORA: <u></u> RESULTADOS: <u></u> GASO: <u></u> pH: <u></u> PaO₂: <u></u> PCO₂: <u></u> HCO₃: <u></u> BE: <u></u> GASO: <u></u> pH: <u></u> PaO₂: <u></u> PCO₂: <u></u> HCO₃: <u></u> BE: <u></u> RAIO X: <u></u> OUTROS: <u></u>									
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: <u></u>										DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: <u></u>									
CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA <u>Fisioterapeuta/CREITO</u>										CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA <u>Fisioterapeuta/CREITO</u>									
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: <u></u>										DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: <u></u>									
CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA <u>Fisioterapeuta/CREITO</u>										CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA <u>Fisioterapeuta/CREITO</u>									

Paciente:

Diagnóstico:

DATA: 23.03.18	FC:	PR:	PA:	T:	DATA: 24.03.18	FC:	PR:	PA:	T:
AP:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:	AP:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:
VA:	Sedação:	DVA:	SpO ₂ :		VA:	Sedação:	DVA:	SpO ₂ :	
Ventilação:	Modo:	PC:	TI:	VC:	Ventilação:	Modo:	PC:	TI:	VC:
Mecânica:	PEEP:	PS:	IE:	FR:	Mecânica:	PEEP:	PS:	IE:	FR:
Monit. Vent. Cent:	Cdfr:	Rac:	IRRS:	PaO ₂ /FiO ₂ :	Monit. Vent. Cent:	Cdfr:	Rac:	IRRS:	PaO ₂ /FiO ₂ :
PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4					PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4				
Revisão: Por ushain					Revisão: Por ushain				

CONDIÇÃO: ☒ FISIOTERAPIA MOTORA ☒ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESEMPENHO: () 5 / () 10 / () 15 - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHAU PROQ:													
() THB	() BENM	() MRA	() TRE	VNI (Roo):	Tempo:	() THB	() BENM	() MRA	() TRE	VNI (Roo):	Tempo:		
() TEP	☒ Ex. Resp	() Transporte	() TMR	☒ Mont	() Intub	Outras:	() TEP	☒ Ex. Resp	() Transporte	() TMR	☒ Mont	() Intub	Outras:
() RPP	☒ Posic	() Cuf	() MAN	() ROP	() Estub		() RPP	☒ Posic	() Cuf	() MAN	() ROP	() Estub	
Motora: () Passiva	() Ativo-assistida	() Ativo	() Resistido										
() SL	() Sc/ MMH pand	() SP	() ORT	() SL	() ME	() DEA	() SL	() Sc/ MMH pand	() SP	() ORT	() SL	() ME	() DEA
Secção: () P () M () G () F () E	() MU () S () MS	() MP	() Am	() Ev	() Ros		Secção: () P () M () G () F () E	() MU () S () MS	() MP	() Am	() Ev	() Ros	
Cristiane A. C. Roberti Fisioterapeuta 161181-F Fisioterapeuta/CREFTO						Cristiane A. C. Roberti Fisioterapeuta 161181-F Fisioterapeuta/CREFTO							

EXAMES REALIZADOS

EXAME	RCRA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFTO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

AS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFTO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFTO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDIÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFTO

WFOA

MARTIN						DATA: 18-09-18						FC:		FR:		PA:		T:	
API:						GCS:						RASS:		IMS:		MRC:		NC:	
VA:						Sedação:						DVA:						SpO ₂ :	
Ventilação Mecânica:						Modo:						PC:		Ti:		VC:		Fluxo:	
FIO ₂ :						PEEP:						PS:		IE:		FR:		Sens:	
Monte Vent. Cat:						Cdm:						Res:		IRRS:				PaO ₂ /FIO ₂ :	
PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4																			
Assessores: Pca Wilson																			

CONDUTA: ☒ FISIOTERAPIA MOTORA ☒ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA										CONDUTA: ☒ FISIOTERAPIA MOTORA ☒ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA									
DESEJO: (☐ S/ ☐ D/ ☐ P) Horas: (☐ 2/ ☐ 4/ ☐ 6 - FAIXA ETÁRIA:										DESEJO: (☐ S/ ☐ D/ ☐ P) Horas: (☐ 2/ ☐ 4/ ☐ 6 - FAIXA ETÁRIA:									
☐ THB	☐ ENM	☐ MRA	☐ TRE	VNI (tipo):	Tempo:					☐ THB	☐ ENM	☐ MRA	☐ TRE	VNI (tipo):	Tempo:				
☐ TEP	☒ Ex Resp	☐ Transporte	☐ TMR	(☐ Monit)	☐ Intub	Otras:				☐ TEP	☐ EL RND	☐ Transporte	☐ TMR	☐ Mont	☐ Intub	Otras:			
☐ RPP	☒ Posic	☐ Cuff	☐ MAN	☐ RCP	☐ Espir					☐ RPP	☐ Posic	☐ Cuff	☐ MAN	☐ RCP	☐ Espir				
Motora: (☐ Passiva	☐ Ativo-assistida		☐ Ativo		☐ Resistido					Motora: (☐ Passiva	☐ Ativo-assistida		☐ Ativo		☐ Resistido				
☐ SL	☐ Sc/MMII pend	☐ SP	☐ ORT	☐ S/L	☐ ME	☐ DEA				☐ SL	☐ Sc/MMII pend	☐ SP	☐ ORT	☐ S/L	☐ ME	☐ DEA			
Secreção: (☐ P) ☐ M(☐ G/ ☐ F) ☐ E	☐ MU(☐ S/ ☐ MS	☐ IMP	☐ Am	☐ Esc	☐ Ros					Secreção: (☐ P) ☐ M(☐ G/ ☐ F) ☐ E	☐ MU(☐ S/ ☐ MS	☐ IMP	☐ Am	☐ Esc	☐ Ros				
QES:										QES:									
Cristiane A. C. Roberti Fisioterapeuta 181181-F Fisioterapeuta/CREFITO										Cristiane A. C. Roberti Fisioterapeuta 181181-E Fisioterapeuta/CREFITO									

EXAMES REALIZADOS							EXAMES REALIZADOS						
EXAME	HORA	RESULTADOS					EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	P _a O ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	GASO:		pH:	P _a O ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	P _a O ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	GASO:		pH:	P _a O ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	P _a O ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:	GASO:		OUTROS:				
GASO:		OUTROS:					GASO:		OUTROS:				

SEMI-ANNUAL REPORTS ARE DUE

CONDIÇÕES: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATORIA

DESAIS ATENDIMENTOS NO LUNO:

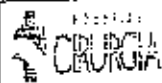
CONDUZAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

DEMANIA A TEMPO E NUNCA NO TURNO

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATORIA ()

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data:

Paciente:

Internação:

Convênio:

Matrícula:

Idade: anos:

Unidade:

Leito:

34

Distribuição de Horário

1º Turno

2º Turno

3º Turno

7 às 13h

Ass.

13 às 19h

Ass.

19 às 7h

Ass.

Item

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Diet:

Gelco hidrolizado

Omeprazol 20mg Q1 CP VO às 6h;

Cefalotina 1g EV de 6/6h;

Dipirona 2.8ml AD EV 6/6h SOS

Plasil 2.8ml AD EV 8/8h SOS

Captopril 25mg VO se PA $\geq$ 160x100mmHg SOS

Proferid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS

Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS

Clexane 40mg 1x/dia SC;

Glicemia capilar de 6/6h;

Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia $\leq$ 70mg/dl

Insulina Regular, SC, conforme esquema:

180=0U 181-250=02U 251-300=04U

350=06U 351-400=08U $\geq$ 401=10U

Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h

Até

301

Dr. Leonardo Simões Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRMSE 1634

Joselice de Andrade
Técnica de Farmácia
COREN-SE 001.186.709

Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SE 489400

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 17/07/2018 CONVÊNIO: SUS Nº DO PRONTUÁRIO: _____
 PACIENTE: ADRIANA FERREIRA DO NASCIMENTO IDADE: 46
 INTERNADO EM: 16/07/18 UNIDADE: ORTOPEDIA LEITO: 34
 DIAGNÓSTICO: F. F. T. 8.14
 CIRURGIA: 1/1/1 DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		DISTRIBUIÇÃO DE HORÁRIOS					
		7-13	ASS	13-19	ASS	19-07	ASS
	DIETA BRANDA HIPOSSODICA						
1	SF 0,9% 1000ML, IV, CORRER EM 24 HS	SOS				SOS	
2	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SE NÃO TIVER FAZ CEFAZOLINA 1G IV 8/8H)	SOS		SOS		SOS	
3	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOS	SOS		SOS		SOS	
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H, SOS	SOS		SOS		SOS	
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (SE NÃO TIVER, FAZ HEPARINA 5.000UI SC 12/12H)	-				(20) C.	
6	CURATIVO DIÁRIO						
7	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H	-		SOS		SOS	
8	PLASIL 2:8 IV SOS						
9	GLICEMIA CAPILAR 6/6H, SE DIABETICO						
10	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI						
11	GLICOSE 50%, 3 AMP IV SE GLI<70						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg						
13	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H						
14	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	FISIO					
15	SINAIS VITAIS (PA E PULSO) 6/6H	12		SOS		SOS	
16							
17							

Tony Nino Santana Menezes
Enfermeiro
COREN-SE 194.182 - ENF

Joselice de Andrade
Técnico de Radiologia
COREN-SE 001.186.709

Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologista
CRM-SE 3105

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (°C)
06				
12	110 x 70	-	70	36,6
18	100 x 72		92	
24				

Denise Rinalda P. da
Enfermeira

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 18/07/2018

CONVÊNIO: SUS

Nº DO PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___ / ___ / ___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		DISTRIBUIÇÃO DE HORÁRIOS					
		7-13	ASS	13-19	ASS	19-07	ASS
	DIETA BRANDA HIPOSSODICA						
1	SF 0,9% 1000ML, IV, CORRER EM 24 HS	500				500	
2	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SE NÃO TIVER FAZ CEFAZOLINA 1G IV 8/8H)	312		18	300	24	06
3	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOS	SOS					
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H, SOS	SOS					
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (SE NÃO TIVER, FAZ HEPARINA 5.000UI SC 12/12H)	-				20	06
6	CURATIVO DIÁRIO						
7	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H	-		18	300	06	
8	PLASIL 2:8 IV SOS						
9	GLICEMIA CAPILAR 6/6H, SE DIABETICO						
10	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI						
11	GLICOSE 50%, 3 AMP IV SE GLI<70						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg						
13	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H						
14	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA						
15	SINAIS VITAIS (PA E PULSO) 6/6H	18		18	300	24	06
16							
17							

 Joselice de Andrade
Técnica de Radiologia
COREN-SP 001.186.703

 Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (°C) ...
06				
12	130 x 80		92	36.90
18	120 x 86		84	
24	120 x 80		78	

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 19/07/2018

CONVÊNIO: SUS

Nº DO PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: 84

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ____ / ____ / ____ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		DISTRIBUIÇÃO DE HORÁRIOS					
		7-13	ASS	13-19	ASS	19-07	ASS
•	DIETA BRANDA HIPOSSODICA						
1	SF 0,9% 1000ML, IV, CORRER EM 24 HS	Sof				Sof	
2	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SE NÃO TIVER FAZ CEFAZOLINA 1G IV 8/8H)	18		18		24	
3	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOS						
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H, SOS						
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (SE NÃO TIVER, FAZ HEPARINA 5.000UI SC 12/12H)			18		20	
6	CURATIVO DIÁRIO						
7	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H			18		06	
8	PLASIL 2:8 IV SOS						
9	GLICEMIA CAPILAR 6/6H, SE DIABETICO						
10	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI						
11	GLICOSE 50%, 3 AMP IV SE GLI<70						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg						
13	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H						
14	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	FISIO					
15	SINAIS VITAIS (PA E PULSO) 6/6H	18		18		24	
16							
17							

 Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SE 48800

 Joselice da Andrade
Técnico de Radiologia
COREN-SE 001.186.709

 Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (°C)
06				
12	120 x 80 mmHg	—	60	36°
18	120 x 70		79	
24				

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 20/07/2018

CONVÊNIO: SUS

Nº DO PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___ / ___ / ___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		DISTRIBUIÇÃO DE HORÁRIOS					
		7-13	ASS	13-19	ASS	19-07	ASS
	DIETA BRANDA HIPOSSODICA						
1	SF 0,9% 1000ML, IV, CORRER EM 24 HS	SOS				SOS	
2	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SE NÃO TIVER FAZ CEFAZOLINA 1G IV 8/8H)	SOS				SOS	
3	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOS	SOS				SOS	
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H, SOS	SOS				SOS	
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (SE NÃO TIVER, FAZ HEPARINA 5.000UI SC 12/12H)	-				SOS	
6	CURATIVO DIÁRIO						
7	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H	-				SOS	
8	PLASIL 2:8 IV SOS						
9	GLICEMIA CAPILAR 6/6H, SE DIABETICO						
10	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI						
11	GLICOSE 50%, 3 AMP IV SE GLI<70						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg						
13	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H						
14	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	FISIO					
15	SINAIS VITAIS (PA E PULSO) 6/6H						
16							
17							

 K. Y. N. Santana Menezes
Enfermeiro
COREN-SE 191182-ENF

 Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SE 489400

 Joselice de Andrade
Técnico de Imagem
COREN-SE 601.186.709

 Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (°C)
06	120x80		98	
12	120x90 mmHg	-	90	36°C
18	128x63		80	
24	140x90		103	

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 21/07/2018

CONVÊNIO: SUS

Nº DO PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___ / ___ / ___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		DISTRIBUIÇÃO DE HORÁRIOS					
		7-13	ASS	13-19	ASS	19-07	ASS
	DIETA BRANDA HIPOSSODICA						
1	SF 0,9% 1000ML, IV, CORRER EM 24 HS	off				Soc	
2	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SE NÃO TIVER FAZ CEFAZOLINA 1G IV 8/8H)	off		off		off	
3	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOS	SOS		off			
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H, SOS	SOS		off		off	
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (SE NÃO TIVER, FAZ HEPARINA 5.000UI SC 12/12H)					off	
6	CURATIVO DIÁRIO	M					
7	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H			off		off	
8	PLASIL 2:8 IV SOS	SOS					
9	GLICEMIA CAPILAR 6/6H, SE DIABÉTICO						
10	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI						
11	GLICOSE 50%, 3 AMP IV SE GLI<70						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg						
13	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H						
14	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA						
15	SINAIS VITAIS (PA E PULSO) 6/6H	off		off		off	
16							
17	Sueto REVISÃO DE TELA						

 Dr. Marcos Serra Silveira
 Cardiologia
 CRM-SE 3105

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (°C)
06				
12	130x84		100	36.3
18	120x80		95	36.4
24				

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 22/07/2018

CONVÊNIO: SUS

Nº DO PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___ / ___ / ___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		DISTRIBUIÇÃO DE HORÁRIOS					
		7-13	ASS	13-19	ASS	19-07	ASS
	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	SND					
1	SF 0,9% 1000ML, IV, CORRER EM 24 HS	SND				SND	
2	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SE NÃO TIVER FAZ CEFAZOLINA 1G IV 8/8H)	SND				SND	
3	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOS	SOS				SOS	
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H, SOS	SOS				SOS	
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (SE NÃO TIVER, FAZ HEPARINA 5.000UI SC 12/12H)	-				SND	
6	CURATIVO DIÁRIO	M					
7	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H	-					
8	PLASIL 2:8 IV SOS	SOS					
9	GLICEMIA CAPILAR 6/6H, SE DIABETICO	(12)		(18)		(04) (06)	
10	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181 250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351- 400=08UI/>401=10UI						
11	GLICOSE 50%, 3 AMP IV SE GLI<70						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg						
13	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H	4/4					
14	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	FISIO					
15	SINAIS VITAIS (PA E PULSO) 6/6H						
16							
17							

 Sinara Bruno S. Souza
 Enfermeira
 COREN/SE 223506

 Dr. Marcos Serra Silveira
 Cardiologia
 CRM-SE 3105

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (°C)
06	120x90	-	102	-
12	120x90	-	103	-
18	120x80	-	98	-
24	132x97	-	119	-

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 23/07/2018

CONVÊNIO: SUS

Nº DO PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ____ / ____ / ____ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		DISTRIBUIÇÃO DE HORÁRIOS					
		7-13	ASS	13-19	ASS	19-07	ASS
	DIETA BRANDA HIPOSSODICA						
1	SF 0,9% 1000ML, IV, CORRER EM 24 HS						
2	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SE NÃO TIVER FAZ CEFAZOLINA 1G IV 8/8H)	7/8	Parab	7/8	Parab	7/8	Parab
3	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOS	SOS					
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H, SOS	SOS					
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (SE NÃO TIVER, FAZ HEPARINA 5.000UI SC 12/12H)					(20) C.C.	
6	CURATIVO DIÁRIO						
7	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H			7/8	Parab	7/8	Parab
8	PLASIL 2:8 IV SOS	SOS					
9	GLICEMIA CAPILAR 6/6H, SE DIABETICO						
10	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI						
11	GLICOSE 50%, 3 AMP IV SE GLI<70	SOS					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg	SOS					
13	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H						
14	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA						
15	SINAIS VITAIS (PA E PULSO) 6/6H	7/8	Parab	7/8	Parab	20/8	Parab
16							
17							

 Tony Nino Santana Menezes
Enfermeiro
COREN-SE 91182 - ENF

 Ana Paula Oliveira Soares
Enfermeira
COREN-SE 404400

 Joselice de Andrade
Técnico de Farmácia
COREN-SE 001.186.708

 Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (°C)
06				
12				
18	120 x 76 mmHg		105	
24				

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 24/07/2018

CONVÊNIO: SUS

Nº DO PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___ / ___ / ___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		DISTRIBUIÇÃO DE HORÁRIOS					
		7-13	ASS	13-19	ASS	19-07	ASS
	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	SOD					
1	SF 0,9% 1000ML, IV, CORRER EM 24 HS	SOD				SOD	
2	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SE NÃO TIVER FAZ CEFAZOLINA 1G IV 8/8H)	1g	Poulet	18		24 06	
3	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOS	SOS					
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H, SOS	SOS					
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (SE NÃO TIVER, FAZ HEPARINA 5.000UI SC 12/12H)					20	
6	CURATIVO DIÁRIO						
7	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H			18		06	
8	PLASIL 2:8 IV SOS	SOS					
9	GLICEMIA CAPILAR 6/6H, SE DIABETICO	1g	Poulet	18		24 06	
10	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI	SOD					
11	GLICOSE 50%, 3 AMP IV SE GLI<70						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg						
13	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H	4/4		4/4		4/4	
14	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	T		T			
15	SINAIS VITAIS (PA E PULSO) 6/6H	08	Poulet	14		20 06	
16							
17							

 Dr. Marcos Serra Silveira
 Cardiologia
 CRM-SE 3105

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (°C)
06				
12				
18				
24				

CIRURGIA

**HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"**

Data: 24/10/18 Convênio:

Paciente:

Matrícula:

Idade:

Internado em:

Unidade:

Leito:

B-4

Prescrição Médica		Distribuição de horários				Requisição de Enfermagem	
				1º Turno	2º Turno	Quant.	Discriminação
1	Medicinal livre						
2	Ser 29% 500ml Al 02/08h	08	16	24			
3	Amil 10 EV 06/06h	12	18	24	24	24	Ure
4	Cloridrato 02 + 18 ml AD 01	12	18	24	24	24	ure
5	Cloridrato 100mg + 100ml SF	11		24	24	24	ure
6	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
7	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
8	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
9	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
10	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
11	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
12	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
13	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
14	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
15	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
16	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
17	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
18	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
19	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
20	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
21	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
22	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
23	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
24	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
25	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
26	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
27	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
28	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
29	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
30	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
31	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
32	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
33	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
34	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
35	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
36	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
37	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
38	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
39	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
40	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
41	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
42	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
43	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
44	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
45	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
46	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
47	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
48	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
49	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
50	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
51	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
52	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
53	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
54	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
55	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
56	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
57	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
58	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
59	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
60	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
61	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
62	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
63	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
64	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
65	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
66	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
67	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
68	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
69	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
70	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
71	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
72	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
73	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
74	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
75	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
76	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
77	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
78	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
79	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
80	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
81	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
82	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
83	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
84	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
85	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
86	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
87	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
88	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
89	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
90	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
91	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
92	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
93	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
94	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
95	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
96	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
97	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
98	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
99	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure
100	Cloridrato 100mg + 100ml SF	SOS		24	24	24	ure

Cloridrato 100mg + 100ml SF
SOS

Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-GE 489400

Assinatura do Paciente:
Hora: _____ Funcionário: _____
Entrega na Unidade:
Hora: _____ Funcionário: _____

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 25/07/2018

CONVÊNIO: SUS

Nº DO PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: 24/07/18 DR. LUCIANO PASSA FERIDA OPERATÓRIA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		DISTRIBUIÇÃO DE HORÁRIOS					
		7-13	ASS	13-19	ASS	19-07	ASS
	DIETA BRANDA HIPOSSODICA	END					
1	SF 0,9% 1000ML, IV, CORRER EM 24 HS	500				500	
2	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SE NÃO TIVER FAZ CEFAZOLINA 1G IV 8/8H)	18 Paula		18 Joseleide		24 06	
3	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, 08	18 Paula		18 Joseleide		24 06	
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H, 08	18 Paula		18 Joseleide		24 06	
5	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (SE NÃO TIVER, FAZ HEPARINA 5.000UI SC 12/12H)					24 06	
6	CURATIVO DIÁRIO	M					
7	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H			18 Joseleide		06	
8	PLASIL 2:8 IV SOS	08					
9	GLICEMIA CAPILAR 6/6H, SE DIABETICO	12		18		24 06	
10	INSULINA REGULAR, SC, SE DIABÉTICO, CONFORME ESQUEMA: 180=0UI/181-250=02UI/251-300=04UI/301-350=06UI/351-400=08UI/>401=10UI						
11	GLICOSE 50%, 3 AMP IV SE GLI<70						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg	4/4		4/4		4/4	
13	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H	M		T			
14	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	08 Paula		18 Joseleide		24 06	
15	SINAIS VITAIS (PA E PULSO) 6/6H	08 Paula		18 Joseleide		24 06	
16	Profund 100g + 100g SF 10 12/12h	08 Paula		18 Joseleide		24 06	
17							

 Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COREN-SE 406400

 Dr. GILSON FERREIRA
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

 Simone Brito S. Souza
Fisioterapeuta
CRM-SE 12005

 Joseleide de Andrade
Técnica de enfermagem
COREN-SE 001.186.709

 Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	TEMP (°C)
06				
12				
18	130 x 60		77	
24				

 Denise Rita da Silva
Enfermeira
COREN-SE 406400

CLÍNICA

HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

Adélia Ferreira do Nascimento

SERVIÇO:

APTO: QUARTO: ENFERM. LEITO:

CONVÊNIO:

SUS

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

16/07/18 - Pront. em Lepm. do Parece

Pront. do Cofre

Dr. Leopoldo Santos Duarte
Enfermeiro - Especialista
CRM-SE 1631

18/07/18 Evolução suspenso por razões técnicas no S.O.

Dr. Patrícia Medeiros Faria
Enfermeira - Especialista
CRM-SE 10464-53 CRM-SE 2003

18/07/18
Dr. Patrícia Medeiros Faria
Enfermeira - Especialista
CRM-SE 10464-53 CRM-SE 2003



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___ / ___ / ___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

~~16~~ 17.07.18

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNEICA. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/ SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Marcos Serra Oliveira
Cardiologia
CRM-SE 3105



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___/___/___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

19.07.18

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNEICA. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/ SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Marcos Sampaio Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___ / ___ / ___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

20.07.18

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNEICA. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/ SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___/___/___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

21.07.18

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNEICA. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/ SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___/___/___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

22.07.18

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNEICA. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/ SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3705



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___/___/___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

23.07.18

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNEICA. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/ SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3905

UNIDADE:

HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE:

PACIENTE:

Cláudio Ferreira de Jesus

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA DE
HISTÓRIA

EVOLUÇÃO

27/07/2018 - 18h - Paciente em internado há 10 dias
apresentando febre de 38,5°C, tosse seca, dor no peito
e dificuldade para respirar. Exame físico: T 38,5°C, FC 100, FR 20, PA 120/80, S.O. normal.
Exames laboratoriais: Hemograma normal, PCR elevado (12 mg/dL).
Diagnóstico: Síndrome respiratória aguda leve.
Tratamento: Antibiótico de amplo espectro, suporte sintomático.
Evolução: Paciente está melhorando, febre controlada.
Próximo atendimento: 28/07/2018.

Dr. José Lapadula A. L.

Dr. José Lapadula A. L.



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ____ / ____ / ____ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

24.07.18

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNEICA. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/ SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Marcos Serrão Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ADELIA FERREIRA DO ANSCIMENTO

IDADE: 46

INTERNADO EM: 16/07/2018

UNIDADE: ORTOPEDIA

LEITO: B4

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TIBIA

CIRURGIA: ___/___/___ DR. _____ FERIDA OPERATÓRIA: _____

25.07.18

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNEICA. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL, S/ SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL

CD: AGUARDA ~~GUARDA~~

alta

Dr. Marcos Serra Silveira
Cardiologia
CRM-SE 3105

ALTA

Gilson Teixeira
Dr. Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

DISPOSITIVOS EM USO

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Admissão da SRPA)

CARICO: h. *Taraxacum officinale* var. *officinale* / foglie / foglie
e *Mentha pulegioides* / foglie / foglie
Mentha pulegioides / foglie / foglie per alcune persone
18702

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Alta da SPRA)

D. O. UNIDADE:	ASSINATURA:
----------------	-------------

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)		Valor	0	30	60	90	120
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	02					
	Capaz de mover os 02 membros	01	01	01	02		
		0					
	Incapaz de mover os membros	02	02	02	02		
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	01					
	Dispneia ou limitação de respiração	0					
		02	02	02	02		
	Apnéia	01					
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	01					
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	02	02	02	02		
	PA 50% do nível pré anestésico	0					
		02					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	01	01	01	02		
	Desperta se solicitado	0					
		02	02	02	02		
	Não responde	0					
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	01					
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	0					
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	02	02	02	02		
	TOTAL		08	09	10		

AIRTEL

LEGENDA:

DOR (0-2 leve) / (3-7 moderada) / (8-10 intensa)



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Sahbia Fervan do Nasim Procedência: 1042595
Idade: 1 Sexo: () M () F Data de admissão: 1/1/1 Leito: 1042595

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue ☐ SIM ☐ NÃO Volume: Vaga na UTI ☐ SIM ☐ NÃO
- Preparo: ☐ Jejum a partir - HORÁRIO: e DATA: ☐ Punção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: ☐ Prótese dentária ☐ Lente de contato ☐ Jóias ☐ Grampos ☐ Outros:
- Alergia conhecida: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (IS):
- Hábito de vida: Tabagista: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ TEMPO: / Etilista: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ TEMPO:
- Passado cirúrgico: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (IS):
- Doenças atuais: ☐ HAS ☐ ICC ☐ IAM ☐ AVC ☐ DM ☐ NEO ☐ DPOC ☐ IRC ☐ ITU ☐ NÃO
- Faz uso de medicamento: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (IS):

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORÁRIO: h.

ASSINATURA:

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Leopoldo
- Instrumentador: Dr. Paulo
- Anestesiologista: Dr. Paulo
- Circulante: Dr. Paulo

SERVIÇO DE APOIO

- Hemotransfusão com SO ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ 12 Infusão: Volume: Horas:
- ☐ 22 Infusão: Volume: Horas:
- ☐ 32 Infusão: Volume: Horas:
- Anatomopatológico: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ Peça cirúrgica:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: Realizado:
- Horário - Início: h e Terminó: h.
- Monitoração:
- ☒ (V) ECG ☐ Oximetria ☐ PANI ☐ Pressão invasiva:
- Técnicas Anestésicas:
- ☐ Geral venosa ☐ Geral intravenosa
- ☐ Geral combinada ☐ Peridural com cateter Peridural sem cateter
- ☒ Raqui-anestesia ☐ Bloqueio ☐ Sedação ☐ Local
- Posição Cirúrgica:
- ☐ Dorsal ☐ Ventral ☐ Ginecológica ☐ Lateral D ☐ Lateral E
- ☐ Outras:
- Local da placa dispersiva:
- Incisão Cirúrgica - local: Região Fibra
- Curativo - Tipo e local:

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 12:00 h.

HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: h.

Paciente admitido SO, Palma, fístula anest.
Raqui, monitorizado, em uso de analgésico
19:30h Paciente encaminhado para SRPA, espinaal
clado em uso de anestesia por ALP
Ryba
42320

Adelcia Fereira de Jesus Clemente

IDADE: 46 LEITO: 04 REGISTRO: 1042595 UNIDADE: Ortopedia I

DATA: 26.04.18
07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes

Alterações nas fezes: _____

Alterações na urina: _____

07:00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUP no HS A, com sero-terapia, calma, eufórica, afável, aciaudica, em companhia de familiar.

08:00 - Aceitou o café da manhã, oferecido pela nutrição.

09:00 - Realizado banho no leito + estética do leito.

10:00 - adm. tramal 100mg + vde. foras, conforme prescrição médica.

11:00 - Não adm. profenid IV, em aguardo no setor.

Realizado troca e limpeza do curativo.

11:20 - Pet saiu de Alta Hospitalar, retornado a Acesso venoso periférico, desceu em cadeira de rodas, acompanhado de funcionário do setor e familiar.

Assinatura e identificação
do enfermeiro
RUBEN/SE 1038946

DATA: 26.04.18
13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes

Alterações nas fezes: _____

Alterações na urina: _____

Assinatura e identificação

DATA: 25.07.18		07:00 às 13:00 h	
1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso	2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional	3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☒ Acamado ☐ Impossibilitado	6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Verboso	5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente	8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético	
7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero	9-EVAQUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero	10-DIURESE: ☐ Ausente: ☐ Presente: ☐ vezes	Alterações nas fezes: ☐ vezes
Alterações na urina: ☐ vezes			

07:00: Paciente no leito, sem queixas, em companhia de familiar. Com dor no abdômen, colica, supura, agitada, em companhia de familiar. 08:00: Recebeu o café da manhã, oferecido pela enfermagem. 09:00: Recebeu o banho no leito + esfrega no leito. 10:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem. 11:00: Adm. profilaxia IV de heparina, conforme prescrição médica. 12:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem. Adm. heparina 500mg IV de heparina, conforme prescrição médica. 13:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem. 14:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem.

DATA: 25.07.18		13:00 às 19:00 h	
1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso	2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional	3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☒ Acamado ☐ Impossibilitado	6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Verboso	5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente	8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético	
7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero	9-EVAQUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero	10-DIURESE: ☐ Ausente: ☐ Presente: ☐ vezes	Alterações nas fezes: ☐ vezes
Alterações na urina: ☐ vezes			

13:00: Paciente no leito, em jejum, com dor no abdômen, colica, supura, agitada, em companhia de familiar. 14:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem. 15:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem. 16:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem. 17:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem. 18:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem. 19:00: Recebeu o almoço, oferecido pela enfermagem.

Josefina de Andrade
Téc. em Enfermagem
COREN-SE 1038946



Serviço de Enfermagem / Registro diário

Nome: Adelino Pereira do Nascimento Idade: 70 Leito: 10
Unidade: Unidade de Tratamento de Doenças Matrícula: 1000000000
Convênio: Unidade de Tratamento de Doenças

Hora

Evolução

Adelino Pereira do Nascimento Unidade de Tratamento de Doenças 1000000000
Unidade de Tratamento de Doenças Unidade de Tratamento de Doenças Unidade de Tratamento de Doenças

21:30 parte retorna do ce entre consenti acordado lupreica slauon
malidades los mouents
22h. parte ofereida
23h. parte medecow de horago presenla
00h. parte medecow de horago presenla
03h. parte repousado do mouents
06h. parte medecow de horago presenla
0645: parte refere algio futo mouents 100 or

Assinatura e Identificação:
Vitor Hugo dos Reis
05/08/2023

[illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDADE: 46

LEITO: 04

REGISTRO: 1042595

UNIDADE: UTI

DATA: 10/05/95

UNIDADE: UTI

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

1-SIOTIPO: ☐ Casístico ☒ Entréico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-ACOMODACÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☒ Acamado ☒ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☒ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURSE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes

Alterações nas fezes: _____

Alterações na urina: _____

07:00 - Paciente no leito, sem queixas atinentes, um tubo de AVE no JSE hidratado, calmo, eufórico, agitado, orientado, em companhia de familiar, em dieta líquida, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

09:00 - Paciente no leito, sem queixas atinentes, um tubo de AVE no JSE hidratado, calmo, eufórico, agitado, orientado, em companhia de familiar, em dieta líquida, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

10:00 - Paciente no leito, sem queixas atinentes, um tubo de AVE no JSE hidratado, calmo, eufórico, agitado, orientado, em companhia de familiar, em dieta líquida, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

12:00 - Paciente no leito, sem queixas atinentes, um tubo de AVE no JSE hidratado, calmo, eufórico, agitado, orientado, em companhia de familiar, em dieta líquida, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

13:00 - Paciente no leito, sem queixas atinentes, um tubo de AVE no JSE hidratado, calmo, eufórico, agitado, orientado, em companhia de familiar, em dieta líquida, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

15:00 - Paciente no leito, sem queixas atinentes, um tubo de AVE no JSE hidratado, calmo, eufórico, agitado, orientado, em companhia de familiar, em dieta líquida, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

17:00 - Paciente no leito, sem queixas atinentes, um tubo de AVE no JSE hidratado, calmo, eufórico, agitado, orientado, em companhia de familiar, em dieta líquida, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

19:00 - Paciente no leito, sem queixas atinentes, um tubo de AVE no JSE hidratado, calmo, eufórico, agitado, orientado, em companhia de familiar, em dieta líquida, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

1-SIOTIPO: ☐ Casístico ☒ Entréico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-ACOMODACÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☒ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☒ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURSE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes

Alterações nas fezes: _____

Alterações na urina: _____

Joselino de Almeida
Técnico de Enfermagem

Próximo Tâtilati
Téc. de Enfermagem
COFEN Nº 1038946



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Adelia Ferreira do Nascimento

IDADE: 46 LEITO: 84 REGISTRO: 1042595 UNIDADE: Ortopedia F

DATA: 23.04.18

07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: horas ☒ Presente: vezes

Alterações nas fezes:

Alterações na urina:

07:00- Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUPNO MSE com soroterapia, calma, eufórica, afébril, acianótica, em companhia de familiar.

08:00- Aceitou o café da manhã, oferecido pela nutrição.

09:00- Realizado banho no leito + estética do leito.

10:00- Aceitou o suco, oferecido pela nutrição.

11:00- Adm. Xefin 7U de lauro, conforme prescrição médica.

Aceitou o almoço, oferecido pela nutrição.

12:00- Pst segue bem aos cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e identificação
Técnico de Enfermagem
Téc. de Enf. 186.709

DATA: 27.04.18

13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: horas ☒ Presente: vezes

Alterações nas fezes:

Alterações na urina:

13:00 Paciente acordou, diga no leito, calma, Orientada, consciente, afébril, eufórica acianótica, anictérica. Em uso de Geles hidrolizado.

14:00 Paciente no leito sem queixas até o momento.

15:00 Paciente acordou o lanche oferecido pela equipe de nutrição.

16:00 Administrado medicação, cefalotina 1g IV, Rapitidina 8.18ml IV, conforme prescrição médica. Aceitou a dieta oferecida pela equipe de nutrição.

18:00 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e identificação
Técnico de Enfermagem
Téc. de Enf. 186.709



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Adelino Ferreira do Nascimento

IMAGE:

46

.LEITÓ:

304

REGISTRO:

1042595

UNIDADE:

Westbrook

DATA-22.07-18

07:00 às 13:00 h	1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso		2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional		3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado	
	4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não	
	7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero		3 vezes		8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético	
	9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero		vezes		Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes		☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade		Alterações na urina:	

DATA	07:00 13:00	10-DIURESE: Ausente: ☐ horas ☐ Presente: ☐ vezes	☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade	Alterações na urina:
07:15	Pet no leito eul no cimento, serpenteado verbalizando eufonego verbal acurmiado, amielago eu uso qulo indurizado, ser que se ut elemento			
08:00	peitao desferu eferencia			
09:30	Recluzido furelo no leito + troca faldes + estetica no leito			
10:00	peitao furelo eferencia			
12:00	Administrado 1kg 1g EV eufonego no prescriçao medica			
+ 12:00	Administrado eufonego			
12:30	Pet furelo furelo 1/ intercorrência			

INSTITUTO DE INVESTIGACAO E
DESENVOLVIMENTO DE ENFERMAGEM
COREN-SE 648.442

DATA: 22-04-18

13:00 às 19:00 h	1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso		2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional		3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado	
	4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☒ Inacessível		6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não	
	7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero		3 vezes		8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico	
	9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☒ Líquida ☐ Zero		_____ vezes		Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☐ Presente: _____ vezes		☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade		Alterações na urina:	

10 DIURSE:	Ausente:	hora	Presença
14:00		Reu no litto representando	
15:00		peçição lunch oferecido	
18:00		Administração medicament, letafina 18 IV, Ranitidina 2:18 ml IV, confor	
		me Presença medica. peçição a dieta oferecida pela equipe de nutrição.	
18:30		Seve aos cuidados da equipe de enfermagem.	

Assinatura e identificação

Nome: Adelino Ferreira dos Nascimento
 IDADE: 46 LEITO: B-04 REGISTRO: 1042595 UNIDADE: Art. 1º F

DATA: 21/07/12

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso
 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
 7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 3 vezes
 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 3 vezes
 Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade
 10-DIURESE: Ausente: 0 horas ☐ Presente: 0 vezes
 Alterações na urina: 0

07:00 Paciente no leito calmo, despia-se, acinzentado, amiteris, ap-
 lido, normotensão em 145 de 40/60
 08:00 Paciente aceita o diafragma operado pela nutricao
 09:30 Administrado medicação SOS dipirano 2ml + 9ml SE 0,9% conforme pres-
 crito médico 10:00 Paciente aceita o diafragma operado pela nutricao
 11:00 Administrado medicação lepatolona 18 conforme prescrição médica
 12:15 Paciente aceita a dieta operada pela nutricao
 13:30 Segue paciente sem intercorrências

Assinatura de Enfermeiro
 Jucileide de Jesus Cardoso
 COREN-SE 103386

DATA: 21/07/12

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso
 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
 7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 3 vezes
 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 3 vezes
 Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade
 10-DIURESE: Ausente: 0 horas ☐ Presente: 0 vezes
 Alterações na urina: 0

13:00 Paciente segue mantendo o quadro clínico
 14:00 Paciente Repousando no leito
 15:00 Paciente aceita o diafragma operado pela nutricao
 16:00 Paciente segue sem intercorrências
 17:00 Administrado medicação lepatolona 18 + dipirano SOS 2ml + 8ml AD + rami-
 tidina 2ml + 10ml AD conforme prescrição médica
 Paciente aceita o diafragma operado pela nutricao
 18:30 Segue paciente aos cuidados da equipe de enfermagem

Assinatura de Enfermeiro
 Jucileide de Jesus Cardoso
 COREN-SE 103386

NOME:

IDADE:

LEITO:

REGISTRO:

UNIDADE:

46

304

1042595

Unidade 1

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso	2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional	3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero	3 vezes	8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes	☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade	Alterações na urina:

07:15 Pac no leito calma consciente verbalizando eufônico natural
acometidos por febre em um gelado de desidratação, em que a pele é macenta
08:00 Paciente desorientado e confuso
09:00 Paciente encostado no leito de calafrio e tórax levemente no leito
10:00 Paciente com febre e desidratação
11:00 Paciente com febre e desidratação gelado no 22 suco
12:00 Paciente com febre e desidratação 49 e febre em presença médica
+ febre e desidratação
13:30 Paciente com febre e desidratação + intercorrência

Assinatura do enfermeiro
Alcides Fernandes
COREN-SE 646.442

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso	2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional	3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero	2 vezes	8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes	☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, Orientada, consciente
afebril, eufórica, agnóstica. Em uso de ACP + 1000 terapia.
14:00 Paciente no leito sem febre até o momento.
15:00 Paciente aceitou o lanche oferecido pela equipe de nutrição.
18:00 Administração medicamentosa, lefotina 1g IV, Ralifedina 2x18ml IV conforme
prescrição médica. Aceitou o dote oferecido pela equipe de nutrição.
18:30 Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura do enfermeiro
Técnicas de enfermagem
COREN-SE 646.442

HOSPITAL CIRURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Adelia Ferreira do Nascimento
 IDADE: 46 LETO: 304 REGISTRO: 1049595 UNIDADE: Unidade I

DATA: 18/07/18

1-8-OTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPAANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☒ Acamado ☒ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Delirioso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inapetível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☒ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Alimentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☒ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: vezes Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

07:15 Ref. no leito em um ambiente ventilado verbalizando desconforto abdominal
 08:10 Ref. em leito em um ambiente ventilado verbalizando desconforto abdominal
 Ref. em leito em um ambiente ventilado verbalizando desconforto abdominal
 Ref. em leito em um ambiente ventilado verbalizando desconforto abdominal

DATA: 18/07/18

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPAANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☒ Acamado ☒ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Delirioso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inapetível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☒ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Alimentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☒ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: vezes Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

15:40 Paciente notou dor de cabeça, náusea, vômito, admissão de 100ml de soro
 18:00 Administração de medicação: Paracetamol 1g/4h, Ranitidina 150mg, Clonitina 150mg
 18:30 Recebido pela enfermeira da equipe de enfermagem na

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Adelino Ferreira do Nascimento

IDADE:

46

LEITO:

304

REGISTRO:

1042595

UNIDADE:

Unidade 5

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso	2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional	3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Dolínguo	5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero	8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes	

07:15 Paciente no leito eul no consciente orientado verbalizando eufórico eufórico
metabólico eufórico em uso gelos hidratando em gelos eufórico

08:00 Paciente no leito eul no consciente orientado verbalizando eufórico eufórico

09:00 Paciente no leito eul no consciente orientado verbalizando eufórico eufórico

10:00 Paciente no leito eul no consciente orientado verbalizando eufórico eufórico

11:00 Paciente no leito eul no consciente orientado verbalizando eufórico eufórico

12:30 Paciente no leito eul no consciente orientado verbalizando eufórico eufórico

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso	2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional	3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Dolínguo	5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero	8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes	

13:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, orientada, consciente, eufórica
eufórica, eufórica, eufórica. Em uso de gelos hidratando eufórico eufórico.

14:00 Administração da medicação, tramal 100mg IV, SOS paciente com alívio.

15:00 Paciente aceitou o lanche oferecido pela equipe de nutrição.

16:00 Administração da medicação, lefalefina 1g IV, ranitidina 20mg IV, conforme
prescrição médica. aceitou a dieta oferecida pela equipe de nutrição.

18:30 Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e identificação
Assinatura e identificação
Assinatura e identificação

Assinatura e identificação
Assinatura e identificação
Assinatura e identificação

COREN-SP 001.186.709

HOSPITAL
CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome: Delelia Vasconcelos
 IDADE: 46 LEITO: B-4 REGISTRO: 1042595 UNIDADE: Ortopedia I

DATA: 07:00 às 13:00 h	1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso	2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional	3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
	7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero	8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico	
	9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☐ Presente: _____ vezes	

Assinatura e identificação

DATA: 16-07-18 13:00 às 19:00 h	1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso	2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional	3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
	7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero	8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico	
	9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☐ Presente: _____ vezes	

16:00 Paciente admitida neste Setor, procedente do HUSC, em maca, em companhia de marido e familiar. Calma, Orientada, consciente, afebril, eutrofica. Realizado AUP em HSC com Gel para submeter-se a tratamento cirúrgico.

18:00 Administrada medicação, Letafina 1g IV, conforme prescrição médica. Aceitou a dieta oferecida pela equipe de nutrição.

18:30 Seve aos cuidados da equipe de enfermagem.

José Maria da Silva
 Técnico de Enfermagem



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

Comunicação de Utilização de Órtese, Prótese e Material Especial (OPME)
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Valéria Ferreira de M. Silva Matrícula: 3042595
Enfermaria: 501 Convênio: Sus
Diagnóstico: Quimioterapia
Procedimento realizado: Quimioterapia
Data da utilização: 26/07/18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. José Leopoldo
CRM: 10000

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
02	1	Protese dentária
07	1	Protese dentária
06	1	Protese dentária

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Dr. José Leopoldo CNPJ: 00.000.000/0001-00
Carimbo e assinatura: [Assinatura]

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: 26/07/18
Farmacêutico: [Assinatura]

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: _____ MATRÍCULA: _____ CONVÊNIO: _____
CIRURGIA REALIZADA: _____ DATA: _____ CIRURGIÃO: _____
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
ANESTESIA: _____ ANESTESIOLOGISTA: _____
CIRURGIANTE: _____

MEDICAMENTOS		QNT		
ÁCIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG/3ML			NORADRENALINA 8MG/4ML	
ÁGUA DESTILADA 10ML			ÓXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HPOGLOS) 30G	
AMINOFILINA 24MG/10ML			OMEPRAZOL 40MG/10ML	
ATACURIO 25MG/5ML			ONDASTERONA 8MG/4ML	22
ATROPINA 0.25MG/ML			PANCURONEO 4MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML			PENTOXIFILINA 100MG/5ML	
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) C/CASO 1.200.00 20ML			PENINSULINA G POTÁSSICA 5000.000UI	
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) S/VASO 0.5% 20ML			PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG/2ML	
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) PESADA 0.5% 20ML			RANITIDINA (ANTAK) 50MG/2ML	01
CAPTROPIL 25MG COMP.			SUBGALATO DE BISMUTO 30G	
CEFALOTIJA (KEFLIN) 1G SOL. INJETÁVEL			SUXAMETONEO 100MG/FRASCO	
CECROFLOXACINA 25MG/5ML			SUXAMETONEO 500MG/FRASCO	
CEFAZOLINA 1G SOL. INJETÁVEL			TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG/1ML	
CEFTRIAXONA 1G SOL. INJETÁVEL	02		VANCOMICINA 50MG/ML	
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFLO			EQUIPAMENTOS	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML	01		APARELHO DE ANESTESIA	QNT
CISATRACURIO (NIMBIUM) 10MG/5ML			BISTURI ELÉTRICO / BIPOLAR	
CLINDAMICINA (DALACIN) 600MH/4ML			CAPNOGRAFO	
CLONIDINA SOL. INJETÁVEL			DEFIBRILADOR	
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%			ENDOSCÓPIO	
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML			ESTRIBO	
COLAGENASE 30G BISNAGA			FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA	
DESLANOSÍDEO 0.4MG/2ML			FOTÓFORO	
DEXAMETAZONA 4MG/2.5ML			LARINGOSCÓPIO	
DICLOFENACO 75MG/ML			MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
DIPIRONA 500MG/2ML	01		MONITOR CARDIACO	
DOBUTAMINA 250MG/20ML	01		OXÍMETRO	120
ENOXAPARINA 40MG/0.4ML			RAIO X	
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML			RESPIRADOR VOLUMÉTRICO	
ETILEFRINA (EFORTIL) 10MG/ML			GASOTERAPIA	
HIOSCINA (BUSCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG/ML			AR COMPRIMIDO	QNT
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()			GÁS CARBÔNICO	
IMIPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG/120ML			OXIGÊNIO	
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELEBRIX)			PROTÓXIDO DE AZOTO	
LIDOCAÍNA (S/VASO) 1% () 2% ()			VÁCUO	
LIDOCAÍNA 10% SPRAY 50ML			SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME	
LIDOCAÍNA GELEIA (BISNAGA) 30G			ÁGUA DESTILADA 1000ML	QNT
LIDOCAÍNA + EPINEFRINA (C/VASO) 20ML - 1% () 2% ()			SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML	
METOPROLOL 25MG COMP.			SORO RINGER + LACTATO 500ML	
METOPROLOL 50MG COMP.			SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML	111
METRONIDAZOL 500MG/100ML			SORO GLICOSADO 5% 500ML	03
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG/2ML			SORO GLICOFISIOLÓGICO 5% 500ML	
NEOSTIGMINA 0.5MG/ML			FIOS CIRÚRGICOS	
ALGODÃO C/AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()			AÇO MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5	QNT
ALGODÃO S/AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()			EQUIPO MICROGOTAS - QNT () EQUIPO P/ TRANSFUSÃO - QNT ()	
CATGUT CROM. C/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()			EQUIPO AMBAR - QNT ()	
CATGUT CROM. S/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()			ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICAL	
			EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS	
			FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()	
			IRRIGAFIX 4 VIAS	

FUNDACÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA



PACIENTE: Adelina Pereira do Nascimento MATRÍCULA: 1042595 CONVENIO: SUS
 CURRUGIA REALIZADA: DATA: 24/10/18 CIRURGIÃO: Dro
 1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:
 ANESTESIA: Raput ANESTESIOLOGISTA: Dro Paulo Henrique
 CIRULANTE:

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM	1 - CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()	
MONOCRYL 5.0 REF Y495	LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()	
MONOFYL 3.0 C/2 AG. 70CM	LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()	
MONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	LUVA ESTÉRIL 7.0	06
9 () 10 ()	LUVA ESTÉRIL 7.5	11
POLIESTER (EIBOND) Nº 0 () 5 ()	LUVA ESTÉRIL 8.0	11
POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	PLACA DE BISTURI ELÉTRICO	
7 ()	SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()	
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 50ML ()	
	SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5ML ()	11
VICRYL Nº 0 5/AG.	SERINGA DESCARTAVEL 10ML	
CATGUT. SIMPLES C/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	
4 () 5 ()	SERRA DE GIGLI	
CATGUT. SIMPLES S/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
4 () 5 ()	46 () 18 () 20 ()	
CERA P/ OSSO	SONDA CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO	16 ()	
FITA CARDIACA FC 500	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	20 ()
KIT CATARATA 3/8 6.5MM REF KB5510	22 ()	
LIGA CLIP 100	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	
LIGA CLIP 300		
MONOCRYL 0 REF Y967H 3.5CM	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()	
MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()	
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30		
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 ()	ONT
ALGODÃO HIDROFÍLO	5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()	
A CATH Nº () 14 () 15 () 18 () 20 () 22 () 24		
ABAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()	
AGULHA DESCARTAVEL Nº () 13X0.45 () 30X0.70 ()	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
30X0.80 () 40X0.12		
AGULHA PERIDURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	
AGULHA DE RAQUI Nº () 25 () 27	3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CM ()		
15CM () 20CM ()	SONDA GÁSTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
ATADURA CREPOM 10CM	20 () 22 ()	
ATADURA CREPOM 15CM	SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
ATADURA CREPOM 20CM	20 ()	
ATADURA GESSADA 10CM () 15CM () 20CM ()	SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
BOLSA DE COLOSTOMIA	20 ()	
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()	SONDA CATETER TIPO OCULOS	
9.0 ()	TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS	
CAPA P/ MICROSCÓPIO () CAPA P/ VÍDEO ()	FRACIONADOS	ONT
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	CAL SOLDADA	
DRENO DE KERH EM T Nº 12 () 4 () 5 () 6 ()	ESPARADRAPO COMUM	
DRENO DE SUCCIÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()	ESPARADRAPO ANTIALÉRGICO	
DRENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()	ETER SULFÚRICO	
DRENO PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()	FORMOL 10%	
ELETRODO DESCARTAVEL	GORRO TURBANTE	
EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	MÁSCARA DESCARTAVEL	
ESCOVA PVPI	POLVIDINE TÓPICO	04
ESPONJA GELFO AM MEDICINAL	POLVIDINE DEGERMANTE	01



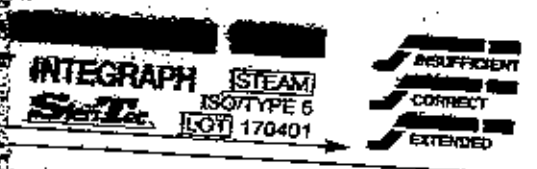
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Adelina Ferreira do Nascimento
NÚMERO DE INTERNAMENTO: _____
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____
CIRURGIÃO: Dr. Leopoldo
ENFERMEIRO: Enf. Samanta
CIRCULANTE DE SALA: _____
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Paulo
INSTRUMENTADOR: _____
DATA: 24-07-18
SALA CIRÚRGICA: _____

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS A:
LOTES _____

LOTES _____



COLABORADORES: Enfermeiros João e Josivalda
desde 27/06/2016

Obs.: permanecer junto ao prontuário

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

556.973.565-87

CT. CASAN. BR 6.929 LV 2.23 PL 130

05/12/1971

ARACAJU-SE

MARIA DO CEM DOS SANTOS

ADÉLIA FERREIRA DO NASCIMENTO

REGISTRO GERAL 867.770 2.ª VIA

DATA DE EXPEDICAO 06/02/2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Adélia Ferreira do Nascimento

CARTÃO DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



Laudos do IML - Lesões corporais



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

LAUDO Nº 9959/2019



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"



LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

segunda-feira, 4 de novembro de 2018

Nº Laudo
9959/2018

Dados Da Vitima

Nome da Vitima	Nascimento	Idade	Naturalidade	
ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO	05/12/1971	47	ARACAJU	
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão	UF
CASADO	FEMININO	PARDA	VENDEDOR	SE
Instrução	Nome da Mãe		Nome do Pai	
IGNORADO	MARIA DO CEU DOS SANTOS		MANOEL M. PERRREIRA	
Endereço	Bairro		Município	
RUA BAHIA, 1630	S. CAMPOS		ARACAJU/SE	
Nome da Autoridade	Função		Unidade	
DANIELA R. L. BARRETO	DANIELA R. L. BARRETO		DEU	
1º Perito Relator	Cremese/Crose	2º Perito Relator	Cremese/Crose	
DR. GEORGE WILLIAM QUEIROZ	3185		LAUDO Nº9959/2018	
Local da Pericia	Tipo		Causa	
Sala do IML				

Historico/Descrição

Historico

Vitima de acidente de trânsito enquanto conduzia motocicleta, fato ocorrido em 16/07/2018, nesta Capital.

Descrição

Apresenta marcha claudicante deambulando com auxílio de bengala. Em face anterior da perna esquerda notam-se duas cicatrizes lineares cirúrgicas, além de edema moderado que vai até o tornozelo esquerdo. Nota-se ainda moderada limitação do movimento de flexão do joelho esquerdo.

Relatórios médicos e cópias de prontuários apresentados constam, dentre outras informações: "acidente de motocicleta; condropatia patelar e bursite em joelho esquerdo; afastamento laboral por período indeterminado; fratura de planalto tibial; tratamento cirúrgico realizado com placa e parafusos".

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, e se fez necessário afastá-la de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

Considerando a natureza das lesões e o tempo transcorrido desde o acidente até o presente exame é possível afirmar que houve dano permanente parcial incompleto de repercussão acentuada, comprometendo a função do joelho esquerdo, cujo percentual de indenização é de 18,75% (corresponde a 75% da repercussão acentuada sobre 25% da perda anatômica e ou funcional completa de um dos joelhos).

Dr. George Queiroz
Perito Médico Legal
CREMESE 3185

ESTE CONFERE COM O ORIGINAL
Em 12/12/18
Mário Antônio C. Santos
Escritório de Perícia



Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 2) Lesões produzidas por ação contundente.
- 3) Exame realizado às 11h20 do dia 04/11/2019.

Questões/Respostas

1º) Houve ofensa à integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Dano permanente parcial incompleto acentuado em joelho esquerdo.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confira com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

Dr. George Queiroz
Perito Médico Legal
CREMESE 3185

DR. GEORGE WILLIAM QUEIROZ

3185

LAUDO Nº 9259/2019

ESTE CONFERE COM O ORIGINAL

Em 12/12/19

Marcelo Antônio C. Santos
Escrivão de Polícia Judiciária

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004903/20

Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

CPF: 556.973.565-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/07/2018

Titular do CPF: ADELIA FERREIRA DO
NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO : 556.973.565-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 556.973.565-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Adélia Ferreira do Nascimento
Data do Acidente: _____ Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 556.943.565-87

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Adélia Ferreira do Nascimento
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 556.943.565-87
E-mail: marilfa.fortes.cabre@gmail.com Tel: (19) 9998-5364
Data: 31/12/2019 Assinatura: Adélia Ferreira do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC RUA ACPE
Atendente: [Assinatura] Matrícula: 8.110.0880
Data: 31/12/19 Assinatura: [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200005433 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATOU TIBIAL A ESQUERDA (GRAU VI).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/4+) COM APOIO DE MULETAS CANADENSES, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA DA COXA E PERNA (++/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL E ANTERIOR JOELHO E PERNA, OUTRAS NA FACE MEDIAL E ANTERIOR DO JOELHO E PERNA, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DA COXA E PANTURRILHA, TUMORAÇÃO DE GRANDE NA REGIÃO DO PLATOU TIBIAL (CALO ÓSSEO), DOR, EDEMA E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, JOELHO COM GENO VARO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO .
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 125°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200005433 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS (PÁG. 8/9). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *CONFORME LAUDO IML Nº 9959/2019 DATA: 04/11/2019 DR. GEORGE QUEIROZ CRM-SE 3185.
**SEQUELA EM SEGMENTO JÁ INDENIZADO, EM SINISTRO ANTERIOR 3170429079 (JUDICIAL) EM GRAU MODERADO (50%).
%-SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004903/20

Número do Sinistro: 3200005433

Vítima: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

CPF: 556.973.565-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/07/2018

Titular do CPF: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO : 556.973.565-87

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 556.973.565-87

ADELIA FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: ELIZABETH MOTA DA SILVA
CPF: 117.373.637-98

ELIZABETH MOTA DA SILVA