
Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587609

Vítima: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Data do Acidente: 27/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEORGE SERAFIM RODRIGUES

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587609

Vítima: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Data do Acidente: 27/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE SERAFIM RODRIGUES

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\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 341

Agência: 000008497

Conta: 0000038084-3

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.



MasterCard

Member Since

GEORGE S. RODRIGUES

03/12 - 04/24

Valid Dates

5256

5256 9914 9102 1955



Itau

International

Itaucard

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **04853146490** 4 - Nome completo da vítima: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

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

5 - Nome completo: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES** 6 - CPF: **04853146490**
7 - Profissão: **AUTÔNOMO** 8 - Endereço: **RUA JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA** 9 - Número: **27-A** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **NOVO BODOCONGÓ** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58400-000**
15 - E-mail: **advocacialacerda01@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(83) 986618849**

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: **JOSÉ LACERDA CAVALCANTE NETO**
18 - CPF do Representante Legal: **063.136.134-06** 19 - Profissão do Representante Legal: **AUTÔNOMO**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO 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)
AGÊNCIA: **8497** CONTA: **38084** 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vairasos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CAMPINA GRANDE, 23 DE SETEMBRO DE 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAZLIADO- C.GRANDE-PB.
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/n, Bairro do Catolé – Campina Grande/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA LESIONADA.

Hora e data do fato: Às 23:00, do dia 27 de março de 2017.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 14:27, do dia 20 de abril de 2017.

Local do Ocorrido: DR. VASCONCELOS, BAIRRO ALTO BRANCO, NESTA CIDADE.

COMUNICANTE/VÍTIMA: GEORGE SERAFIM RODRIGUES, do sexo masculino, nascido no dia 15/04/1983, com 34 anos de idade, ID: 2251949-SSP-PB, CPF: 048531464-90, AUTONOMO, filho de PEDRO SERAFIM NETO e de GERALDA RODRIGUES SERAFIM, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de ALEXANDRIA-RN, BRASILEIRO, residente na RUA- JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA, CASA, 27-A, complemento PRÓXIMO AO RES. DONA LINDU IV, bairro NOVO BODOCONGÓ, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, telefone Nº 9-8661-8849, celular Nº 9-9624-8771.

TESTEMUNHAS: BRUNO MACIEL DE OLIVEIRA, residente na RUA- SÃO BENEDITO CENTENÁRIO, 230, bairro JEREMIAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB. **FRANCIS FERREIRA DE ANDRADE SILVA**, residente na RUA-FRANCISCO CALIXTO, 320, bairro MONTE SANTO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.

ACUSADO(S): PESSOA IDENTIFICADA POR "SAMUEL", residente na RUA- MANOEL CARDOSO PALHANO, 220,, bairro JURACY PALHANO, na cidade de LAGOA SECA, PB

HISTÓRICO: QUE, no dia 27.03.2017, por volta das 23:00hs, descia a ladeira da rua Dr. Vasconcelos, bairro Alto Branco, nesta cidade, pilotando sua Motocicleta Honda XRE 300, Ano/Modelo 2014/2014, de cor Preta, de Placa KWM-6911-PB, Chassi de Nº9C2ND1110ER029900, Licenciada em nome de Diego Gomes Ayres Caluete, momento em que foi atingido pela pessoa de SAMUEL condutor do Veículo Chevrolet Cruze, de Placas OGC-3240, que conduzia o citado veículo em alta velocidade, atingindo a vítima, jogando este ao solo; Que, alega o comunicante que o condutor do veículo evadiu-se do

local sem prestar socorro ao comunicante no veículo Toyota Hilux Ano/Modelo 2016/217, de cor branca, Placas OFC-3982; Que, alega o comunicante que minutos depois compareceu ao local o pai de Samuel o Sr. EDMILSON SOUZA RAMOS FILHO, que ficou no local dando todos os dados e a versão que queria; Que, alega o comunicante em nenhum momento foi contactado pelos policiais do CPTRAN para saber como foi que se deu o acidente, visto que estava sem condições de dar a versão sobre o fato em referência; Que, alega o comunicante que o laudo está com a versão distorcida sobre o acidente, inclusive quando foi pegar o laudo viu as versões contraditórias ao ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC.


AUTORIDADE

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

ESCRIVÃO

ADEMIR DA COSTA VILAR



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL - CG



80

C: 518511 Laudo nº: 03.03.06.052017.12641

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 18/05/2017 Hora do exame: 11:10

Órgão Requisitante: Plantão Centralizado - 2ª DRPC. nº da Solicitação: SN/2017 Autoridade Solicitante: Luciano Bezerra Serra Seca. Nome: GEORGE SERAFIM RODRIGUES, 28 anos. filho(a) de: Pedro Serafim Neto e de: Geraldo Rodrigues Serafim. Sexo: masculino Estado civil: casado(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Alexandria/RN. Profissão: agricultor(a).

HISTÓRICO - Acidente no dia 27/03/2017.

DESCRIÇÃO - imobilização no membro superior direito, claudicação do membro inferior ipsolateral e cicatrizes recentes no antebraço esquerdo e perna direita; consta em atestado os diagnósticos de fraturas do antebraço e da perna e de transtorno do plexo braquial e nada consta quanto a sequela ou percentual (vide discussão e 4º quesito).

DISCUSSÃO - o caráter recente da lesão (52 dias) impossibilita o medico assistente ou substituto de especificar e/ou quantificar possível sequela, ainda não definida ou estabelecida.

QUESITOS

- 1º Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2º Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3º Houve perigo de vida? NÃO.
- 4º Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODE RESULTAR DEBILIDADE DE MEMBROS; VOLTAR PARA EXAME COMPLEMENTAR, SOMENTE APÓS O TERMINO DO TRATAMENTO, PORTANDO ATESTADO OFICIOSO DO MEDICO ASSISTENTE OU SUBSTITUTO, CONSTANDO PERCENTUAL DE SEQUELAS, SE HOVER.
- 5º Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO A FRATURAS DE MEMBROS.
- 6º Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7º Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8º Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9º Resultou deformidade permanente? PODE RESULTAR DANO ESTÉTICO POR CICATRIZES VICIOSAS.
- 10º Provocou aborto? PREJUDICADO.

EXEMPLO DE USO INCORRETO


Dr(a) Ricardo César de Carvalho
Mat:72.905-1

SEM VALOR
Conteúdo como original que me foi apresentado
Art. 5º Parágrafo Único do Decreto nº 43.923
de 05-03-72
Idemir de Deus
MAT. 72.905-1
Escritório de Polícia Civil
PM. 06.07.17



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAZLIADO- C.GRANDE-PB.
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/n, Bairro do Catolé – Campina Grande/PB

OFICIO Nº S/Nº/2017

20 de abril de 2017

Exame requisitado: EXAME DE CORPO DE DELITO.

SENHOR DIRETOR:

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que no prazo legal (Art. 160 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o EXAME DE CORPO DE DELITO na pessoa cujos dados são dispostos a seguir, e que logo após, seja o respectivo LAUDO remetido para a COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, nesta 2ª SRPC - PB.

QUALIFICAÇÃO: GEORGE SERAFIM RODRIGUES, do sexo masculino, nascido no dia 15/04/1983, com 34 anos de idade, ID: 2251949-SSP-PB, CPF: 048531464-90, AUTONOMO, filho de PEDRO SERAFIM NETO e de GERALDA RODRIGUES SERAFIM, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de ALEXANDRIA-RN, BRASILEIRO, residente na RUA- JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA, CASA, 27-A, complemento PRÓXIMO AO RES. DONA LINDU IV, bairro NOVO BODOCONGÓ, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, telefone Nº 9-8661-8849, celular Nº 9-9624-8771

REFERENCIA: Boletim de Ocorrência, lavrado às 14:27 horas, do dia 20 de abril de 2017; COMUNICANTE: GEORGE SERAFIM RODRIGUES; ACUSADO: PESSOA IDENTIFICADA POR "SAMUEL"; TESTEMUNHA: BRUNO MACIEL DE OLIVEIRA; TESTEMUNHA: FRANCOIS FERREIRA DE ANDRADE SILVA

HISTÓRICO DO COMUNICANTE: QUE, no dia 27.03.2017, por volta das 23:00hs, descia a ladeira da rua Dr. Vasconcelos, bairro Alto Branco, nesta cidade, pilotando sua Motocicleta Honda XRE 300, Ano/Modelo 2014/2014, de cor Preta, de Placa KWM-6911-PB, Chassi de Nº9C2ND1110ER029900, Licenciada em nome de Diego Gomes Ayres Caluete, momento em que foi atingido pela pessoa de SAMUEL condutor do Veículo Chevrolet Cruze, de Placas OGC-3240, que conduzia o citado veículo em alta velocidade, atingindo a vítima, jogando este ao sol; Que, alega o comunicante que o condutor do veículo evadiu-se do local sem prestar socorro ao comunicante no veículo Toyota Hilux Ano/Modelo 2016/217, de cor branca, placas OGC-3982; Que, alega o comunicante que minutos depois compareceu ao local o pai de Samuel o Sr. EDMILSON SOUZA RAMOS FILHO, que ficou no local dando todos os dados e a versão que queria; Que, alega o comunicante em nenhum momento foi contactado pelos policiais do CPTRAN para saber como foi que se deu o acidente, visto que estava sem condições de se dar a versão sobre o fato em referência; Que, alega o comunicante que o laudo está com a versão distorcida sobre o acidente, inclusive quando foi pegar o laudo viu as versões contraditórias ao ocorrido; Que, alega o comunicante ter o desejo de REPRESENTAR CRIMINALMENTE contra o condutor do Veículo causador do Acidente.

BEL. LUCIANO BEXERRA SERRA SECA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

AO ILMO. SR. DR MÁRCIO LEANDRO DA SILVA
MD. DIRETOR DA UNIDADE DE MEDICINA LEGAL - CAMPINA GRANDE/PB



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT

15/03/2017



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0100 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: CLAUDINEY DE SOUSA LEANDRO	Posto/Graduação: CABO / PM				
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA: DOUTOR VASCONCELOS	Hora 23:10	Bairro ALTO BRANCO	Município CAMPINA GRANDE	U F PB		
Data/Ocorrência 27/03/2017	Dia da Semana SEGUNDA- FEIRA	C/S Vítima (QT) 01	Natureza do Acidente COLISÃO	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 AUTOMÓVEL E 01 MOTOCICLETA			Controle do Tráfego no Local:			

CONDUTOR 01

Nome: EDMILSON SOUZA RAMOS FILHO	Sexo MASCULINO	Nascimento 17/10/1971	RG 1585365				
Endereço: RUA: MANOEL CARDOSO PALHANO Nº220 JURACY PALHANO LAGOA SECA/PB							
1ª Habilitação 06/12/1990	Categoria AC	Registro CNH 01458617599	U F PB	Ex.Méd./Dia	Data Vencimento	Usava Cinto SIM	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica (0,00 MG/L)			Destino do Condutor PERMANECER NO LOCAL				

VEÍCULO 01

Marca CHEVROLET CRUZE	Espécie AUTOMÓVEL	Placa OGC-3240	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U F PB
Nome do Proprietário: LUCIANA DE MEDEIROS CALIXTO					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012896024028	Renavam 0503960659	Data da Emissão 27/10/2016		
Defeitos: PARTE FRONTAL, PARA CHOQUE, FAROL LADO ESQUERDO, CAPÔ, PARALAMA, AIRBAGS.					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

De acordo com a declaração do condutor, o mesmo informou que transitava na Rua Doutor Vasconcelos sentido cidade de Lagoa Seca quando repentinamente surgiu uma motocicleta a sua frente e não houve como evitar o acidente.

CONDUTOR 02

Nome: GEORGE SERAFIM RODRIGUES	Sexo MASCULINO	Nascimento 15/04/1983	RG 2251949				
Endereço: RUA: JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA Nº27 A NOVO BODOCONGÓ CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilitação 18/04/2002	Categoria AD	Registro CNH 02298356531	U F PB	Ex.Méd./Dia	Data Vencimento 14/03/2017	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica SOB CUIDADOS MEDICOS			Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA				

VEÍCULO 02

Marca HONDA XRE 300	Espécie MOTOCICLETA	Placa KWM-6911	Categoria PARTICULAR	Município TAPEROÁ	U F PB
Nome do Proprietário: DIEGO GOMES AVRES CALUETE					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012711147934	Renavam 01017216271	Data da Emissão 23/09/2016		
Defeitos: TODA PARTE FRONTAL, TELESCÓPIO GUIDÃO, FAROL, COLUNA DE DIREÇÃO, MESA SUPERIOR E CHASSIS.					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

De acordo com a declaração do condutor, o mesmo informou que transitava na Rua Doutor Vasconcelos sentido bairro das Nações quando sua motocicleta Honda XRE 300 apresentou falha mecânica e em seguida a motocicleta desligou apagando toda iluminação foi quando houve a colisão.

OBS: Versão colhida no dia 30/03/2017 às 16h na sala de ortopedia do Hospital de Trauma.



VITIMA 01		
Nome: GEORGE SERAFIM RODRIGUES	Sexo MASCULINO	Nascimento 15/04/1983
Endereço: RUA: JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA Nº27 A NOVO BODOCONGÓ CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veículo Nº V2	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Condição da Vítima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre		Conduzida Para HOSPITAL DE TRAUMA

TESTEMUNHA 01			
Nome: BRUNO MACIEL DE OLIVEIRA		Sexo MASCULINO	Nascimento 28/08/1983
Endereço: RUA: SÃO BENEDITO CENTENÁRIO Nº 230 JEREMIAS CAMPINA GRANDE - PB			
CPF 102.524.554-79	Identidade 3406578	Órgão Emissor SSP	U F PB

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Declarou que estava transitando com seu automóvel na Rua Doutor Vasconcelos sentido bairro das Nações, quando observou dois veículos a sua frente, quando uma motocicleta repentinamente diminuiu a velocidade, apagou a iluminação e virou a esquerda da via, quando um automóvel Cruze colidiu na motocicleta.

CONSTATADO

De acordo com a posição dos veículos, vestígios e declarações dos condutores e da testemunha, constatou que o V1 e V2 trafegavam pela via "A" no sentido bairro das Nações, no momento que a motocicleta de forma repentina apresentou problemas, isso fez com que a motocicleta ficasse sem iluminação perdesse velocidade, em seguida virou a esquerda, foi quando houve o embate.

Campina Grande - PB, 11 de Março de 2017.

Mat. 52-038-1

Claudio de Sousa Sampaio
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0100 / 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Doutor Vasconcelos - 10,00 metros

VIA "B" - Rua Monteiro Lobato - 8,00 metros

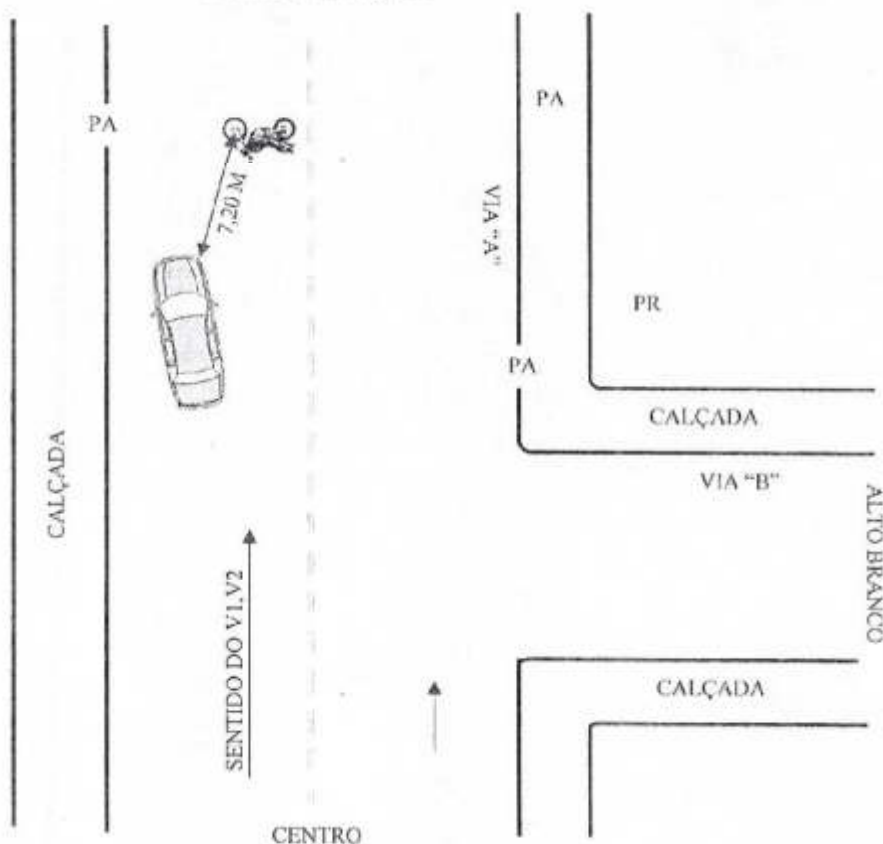
PR (Ponto de Referência): Residência Nº316

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio / Poste da Energisa

V1 (Veículo 01): Eixos Dianteiro Direito 14,80 e Traseiro Direito 6,00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02): Eixos Dianteiro 2,20 e Eixos Traseiro 8,80 metros para (PA)

BAIRRO DAS NAÇÕES



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Claudney de S. Leandro
Mat. 521038-1

Claudney de Souza Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUZA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0100 - 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo: CHEVROLET CRUZE Placa: OGC-3240-PB Responsável pelo Preenchimento: CB CLAUDINEY Data: 27-03-2017

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda	X			13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais	X			16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
					Total Geral (Sim + NA)				

Observações:

02=DANO DE MÉDIA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 ->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: HONDA XRE 300 Placa: KWM-6911-PB Responsável pelo Preenchimento: CB CLAUDINEY Data: 27-02-2017

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	X			05	Chassi	X		
02	Mesa superior da suspensão dianteira	X			06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	X			07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção	X			Total Geral (Sim + NA)				

Observações:

05=DANO DE GRANDE MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 ->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 31 de março de 2017.

Claudney de S. Leandro
Responsável pelo Levantamento

Claudney de S. Leandro
Mat. 521038-1



EM BRANCO

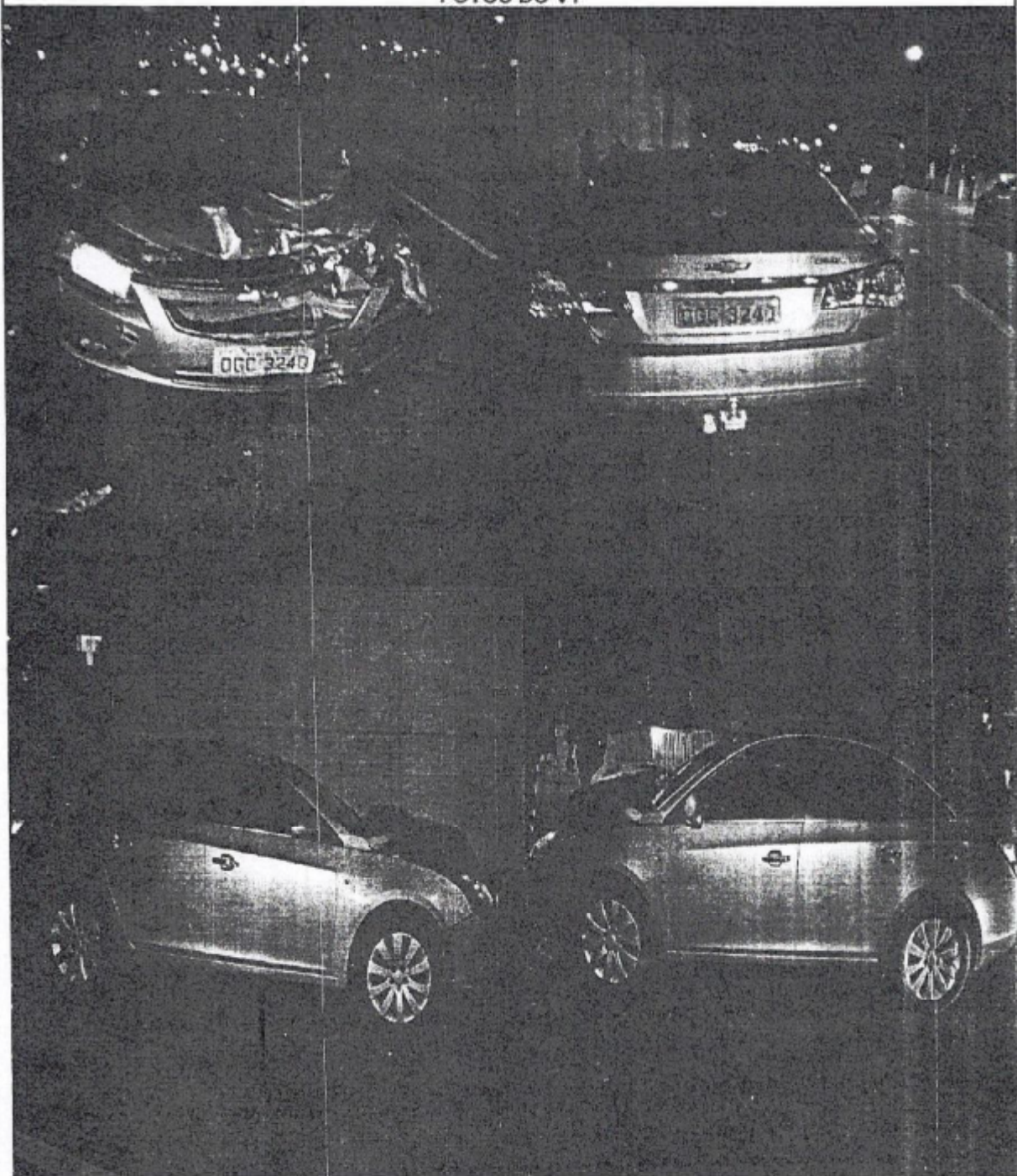


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0100 / 2017

FOTOS DO V1



Claudiney de Souza Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUZA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento



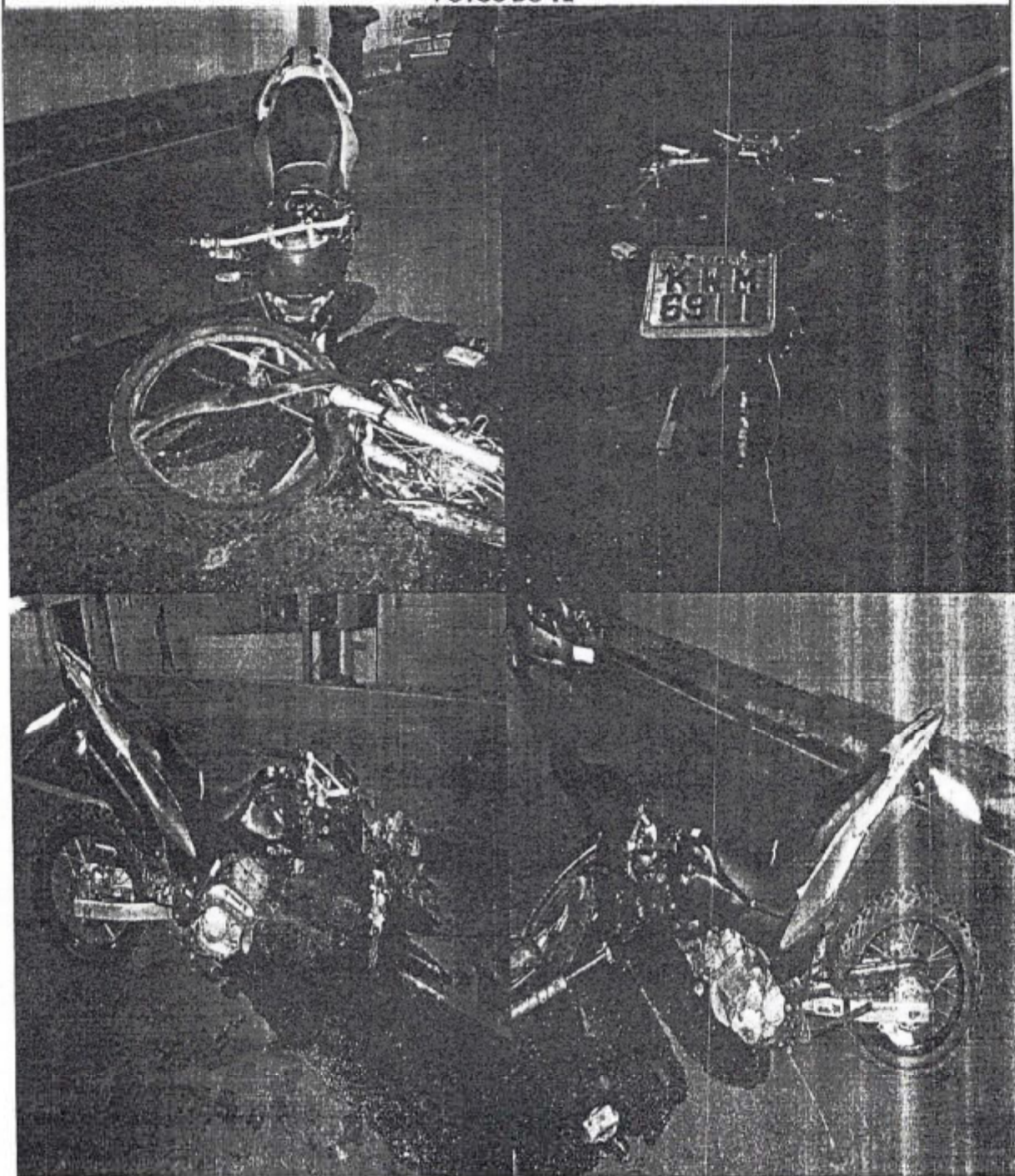


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0100 / 2017

FOTOS DO V2



Claudiney de Souza Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUZA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Georgi Jonathan RODRIGUES, portador da carteira de identidade nº 2251949 e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.531.464-90, residente e domiciliado na Rua José Ayres Da Rocha, Cidade Campana Grande, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

+ Georgi Jonathan Rodrigues.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campana Grande, 01 de Agosto 2019

Local e data

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

04853146490

4 - Nome completo da vítima:

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

5 - CPF:

04853146490

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA

9 - Número:

27-A

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

NOVO BODOCONGÓ

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58400-000

15 - E-mail:

advocaciacerda01@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 986618849

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:

JOSÉ LACERDA CAVALCANTE NETO

18 - CPF do Representante Legal:

063.136.134-06

19 - Profissão do Representante Legal:

AUTÔNOMO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.000,00 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: 8497

CONTA: 38084

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIVIL)

☐ 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros (vivos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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

Assinatura
dileta da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CAMPINA GRANDE, 23 DE SETEMBRO DE 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente George Serafim Rodrigues, vítima de acidente de trânsito no dia 27 de Março de 2017 aproximadamente às 21h50min, End: R. Dr. Vasconcelos – Alto Branco, sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Abril de 2017.



Fone: Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Denécio R. Nascimento
Coordenação Administrativa

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08497

CONTA: 000000038084-3

Autenticação:

35BDC7B604E48C56608740666B2F0BE0D8A1ED141628C090AC34EF5857686EDD



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 03.123.654/0001-07 - INSC. ESTADUAL Nº 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20190971148329

ESCRITÓRIO CAMPINA GRANDE

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07114832.9

MATRÍCULA

07114832.9

CLIENTE

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

CPF/CNPJ:

040.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

21/09/2019

INSCRIÇÃO

018.042.022.0120.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA JOSE ANDRE DA ROCHA, 27-A - UNIVERSITARIO CAMPINA GRANDE PB 58400-000

FATURA

09/2019

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

08/2019 - 18 07/2019 - 16

06/2019 - 16 05/2019 - 18

04/2019 - 17 03/2019 - 18

ECONOMIAS

1

CONS. POR ECONOMIA

17

COD. AUXILIAR

R 53217

LEITURA

ANTERIOR

834

ATUAL

851

CONSUMO

(M³)

17

CONSUMO/DIA

DIAS

32

(M³)

0,54

NºHm: Y14N320457

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,88 POR M3

10 M3

37,91

7 M3

34,23

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.761 de 2012. R\$ 10,26

TOTAL

R\$

72,14

SR. USUARIO: EM 31/08/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.

COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.

CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 08/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 26/09/2019



CAGEPA

MATRÍCULA

07114832.9

INSCRIÇÃO

018.042.022.0120.000

FATURA

09/2019

NÃO RECEBER APÓS

30/09/2020

VENCIMENTO

21/09/2019

VALOR

R\$

72,14

GRUPO: 330

FIRMA: 2

8260000C0C0-8 72140010C18-7 07114832901-5 09201990003-1

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / **Outras regiões:** 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria:** 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

JOSE LAUREN CAVALCONTE NETO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 063.136.134 / 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GEORGE STANFIM RODRIGUES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.531.464 / 90

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima GEORGE STANFIM RODRIGUES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.531.464 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: JOSE LINS DO REGO</u>	Número: <u>781</u>	Complemento: <u>E 58A</u>
Bairro: <u>PALMEIRA</u>	Cidade: <u>CAMPINA GRANDE</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>ADVOCACIALACERDADI@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>58401-145</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 988528183</u>

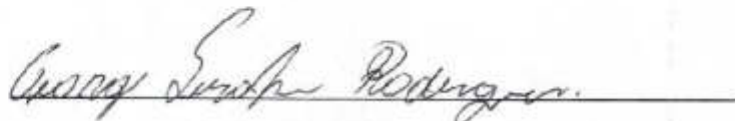
Local e Data:

CAMPINA GRANDE, 23/09/2019

JOSE LAUREN CAVALCONTE NETO
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO EM RELAÇÃO A DECLARAÇÃO DO
PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

EU, **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**, CPF: 048.531.464-90, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, QUE NÃO POSSUO MAIS NENHUMA DOCUMENTAÇÃO DO VEÍCULO HONDA/XRE 300, ANO/MODELO: 2014/2014, COR: PRETA, PLACA: KWM 6911, LICENCIADA EM NOME DIEGO GOMES AYRES CALUENTE, BEM COMO NÃO TENHO QUALQUER CONTATO OU VÍNCULO COM A PESSOA DE DIEGO GOMES AYRES CALUENTE.

A handwritten signature in black ink, reading "George Serafim Rodrigues", is written over a horizontal line.

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

CPF: 048.531.464-90



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários que _____ foi atendido (a) _____ neste serviço médico, tendo sido liberado (a) a seguir. Devendo ficar afastado de suas atividades do trabalho por _____ (____) dias, a partir desta data.

CID-10: _____ CID M 751 Natal (RN), _____ de _____ de 2017

_____ *Marcelo Pêgo* *Marcelo Pêgo*
Ortopedia
Av. Juvenal Lamartine 979
CEP 59022-020

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISICÃO DE EXAMES

[illegible]


DADOS CLÍNICOS:

[illegible]

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Fig. 10.15.7

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Dr. Wagner Otorrinolaringologista CRM 100.000
DATA: 27/06/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

George S. Rodrigues

foi atendido (às) hoje, às 18h (curto e eficiente)
horas, necessitando de 18/0 (curto e eficiente)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S52 + S82 + G54.0

Campina Grande,

25/04/22

Dr. Andrey Wanderley
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE OMBRO
CRM 5628-PB.

Assinatura do Médico - CRM N°





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

George Serefin Rodrigues

foi atendido(às) hoje, às 30 (trinta)
horas, necessitando de 30 (trinta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52+582+654.0

Campina Grande,

27.10.14

Dr. André Ribeiro Araújo de Menezes
Traumatologia/Ortopedia

Assinatura do Médico CRM 5793

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

Data da internação: 30/03/2017 Hora: 16:16:10

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE GEORGE SERAFIM RODRIGUES	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1407167
7 - CARTÃO DO SUS 702309115603111	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1983
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL GERALDA RODRIGUES SERAFIM	11 - TELEFONE DE CONTATO 83 987155268
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) JOSE ANDRE DA ROCHA, 27, NOVO BODOCONGO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400
15 - UF PB	16 - CEP 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE RADIO E FRATURA DE OSSOS DA PERNA D	
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA ORTOPEDIA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016000536785
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE SCHUBERT LUIGI COSTA RODRIGUES	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/03/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRANSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TUAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

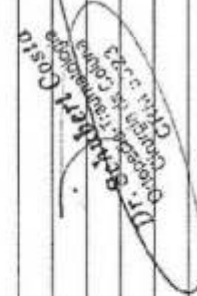
Diagnóstico

1) Ex. Ráido E

2) Ex. Urina Reme D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	George Sinafon 133 e	Alojamento	3	Leito	1	Convênio	
----------	----------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	#ORTO PEDIA	Evolução Médica
28/03/2017	1) Dextro Gire 2) SFO 1500 ml EV 3) Cilex 20 mg EV 12/12h 4) Dipirona 1FA EV 6/6h 5) Paracetamol 100 mg EV 8/8h (S/N) 6) Nuvarelon 1FA EV 8/8h (S/N) 7) S3VV + CCG	12:18 18:00 24:00		DIH = 12 Paciente vítima de acidente de viação. Exatidão: Paciente em EGR, apresentando emético, nauseado, afilado ao toque. # Ainda não se alimentou # Evacuações (-) e Eliminações (-) # Aumentação de Tachicardia (D+) e quiccolatila E (+) # Repreção em região cervical e dorsal.
				Em tempo: Afegia e Bupropion
				

[illegible]

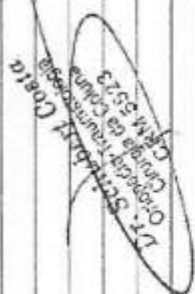
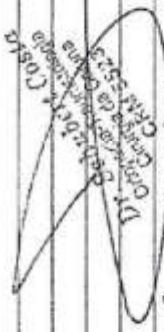
ALEGRIA: BUSCO PAN

Diagnóstico

~~fratura Rádio e~~
fratura Omor da perna D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	George Seropian, 33 anos	Alojamento	9	Leito	1	Convênio
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Monitor ECG A	Evolução Médica
29/03 2017	1) Dacta livre 2) SFG, 9 x 1500 ml EV 3) Filatel 20mg EV 12/12 h 4) Dipirona 4FA EV 6/6 h 5) Tramadol 100mg EV 8/8 h 6) Nauseachon 1FA EV 8/8 h SN/ 7) SDVV + CCG	06 12 12 12 12 12 12	1 2 3 4 5 6 7	# DH = 2º # Evolução: Paciente EGR Anestesia Alveolar, Afétil, astaguer H Nega febre, vômito H Refere dor forte em cervical e náusea # Acintose de diápe (+) # Funções Eliminatorias (+) # Eucoracis (+) # Alterimentação de pododactilo (+) e quiodactilos (+) Em tempo: Alergia a Buxapom
				 <p>Dr. Schibler Cordeiro CRM 5373 Clínica de Cirurgia</p>
				 <p>Dr. Cordeiro CRM 5373 Clínica de Cirurgia</p>
				<p>For pulsatil de dor Cefaleia por pulsatil Alimentação por pulsatil Dor por pulsatil por pulsatil</p>

[illegible]

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	George Serafim Rodrigues	Idade:	33 A
Convênio:	Sub	Data:	
Procedimento:	Interconsulte		
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr.ª Lenara
Início:	10:45	Término:	12:20
		Anestesia:	Bloqueio do Plexo

[illegible][illegible]

Observações:

13:30 Paciente evolui bem no Pós-Operatório em-
comenhado para de ortopedico

Simone Gabriel de Souza
Enfermeira
COREN-PB 319.362

MW 6309
Assinatura Anestesista

Circulante



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

13:20


Assinatura do anestesista

DN. B/04/1983

PACIENTE: GEORGE SÉRGIO PIM RODRIGUES						GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
4	1	SUS	33	1405631			
CIRURGIA: Amputação cirúrgica de mão direita - 1º dedo				CIRURGIÃO: Dr. João Paulo + Dr. Wilson			
ANESTESIA: Anestesia Bloqueio braquial com Lidocaína				ANESTESISTA: Milomiro			
INSTRUMENTADORA: André		DATA: 31/07/2018	HORÁRIO INÍCIO: 10:45	FIM: 12:20			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO		
	Adrenalina amp.	01		Calgut cromado Serlix			
	Atropina amp.			Calgut cromado Serlix			
	Diazepam amp.	40		Calgut cromado Serlix			
01	Dimore amp. 2mg/ml			Calgut Simples			
	Dolantina amp.			Calgut Simples Serlix			
	Efrane ml			Calgut Simples Serlix			
	Fenegan amp.			Calgut Simples Serlix			
	Fentanil ml			Cera pl osso			
	Inova ml			Ethibond			
	Ketalar ml			Ethibond			
	Mercaina % ml			Ethibond			
	Nubain amp.			Fio de Algodão Serlix			
01	Pavulon amp. 10mg/ml			Fio de Algodão Serlix			
01	Proligmine amp.	25		Fio de Algodão Sutapak 2-0			
01	Protaxolol ml			Fio de Algodão Sutapak			
	Quelicin ml	06		Fila cardiaca			
01	Rapifen amp. 50mg/ml			Mononylon			
01	Thionembutal ml			Mononylon 2-0			
01	Zerium amp. 50mg/ml			Prolene Serlix			
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23	Qtd.	SOROS			
01	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		SG Normotérmico fr 500 ml			
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		SG Gelado fr 500 ml			
01	Dipirona amp.	Luvas 7.0		SG Hipertérmico fr 500 ml			
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		SG Ringr fr 500 ml			
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0	-	SG fr 500 ml			
	Gericicina amp.	Luvas 8.5					
	Glicose amp.	Oxigênio l/m					
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix					
	Haemecel ml.	PVP Degemante ml					
	Heparema ml.	PVP Tópico ml.	Qtd.				
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	23				
	Lasix amp.	Saco coleir					
	Medrotrinazol	Seringa desc. 10 ml					
	Piasil amp.	Seringa desc. 20 ml	02				
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml					
	Revivan amp.	Sonda					
	Suptanon amp.	Sonda folley	Qtd.				
	Cefalotina lg	Sonda Nasogátrica					
		Sonda Uretral nº					
		Sterydrem ml					
		Torneirinha					
		Vaselina ml					
		Gelcon 18					
		Látex					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	EQUIPAMENTOS					
23	Aguilha desc. 25 x 7	() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar				
22	Aguilha desc. 25 x 28	() Serra	() Eletrocautério				
21	Aguilha desc. 30 x 5	() Desfibrilador	() Oxícapnógrafo				
21	Aguilha p/ raque nº 23	() Foco Frontal	() Cardiomonitor				
21	Alcool de Enfermagem	() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico				
21	Alcool Iodado ml						
23	Ataduras de Crepon 30'						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

CIRURJANTE RESPONSÁVEL

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE MISUMS

CIDADE

E. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

GEORGE SERRAVALLO RODRIGUES

Nº DO PRONTUÁRIO

1405631

Nº AL H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAL. CIL. DO TUMORIS DE TIGIA E ROLIO D'SIL

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
PLA 4.5 ESNEIRA J4F.		01	
PLA 5. CONTINIS 4.5 x 28		01	
// 4.5 x 30		01	
// 4.5 x 32		02	
// 4.5 x 34		03	
// 4.5 x 36		01	
PLA 3.3 DCP 6F. -A		01	
PLA 5. CONTINIS 3.5 x 16		02	
// 3.5 x 18		02	
// 3.5 x 20		02	
//			
//			

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Antonio Jorge

OBSERVAÇÕES

Ex 4.5 Simplex
Ex 3.5 Simplex

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Antônio

Diagnóstico

FX RADIO E + FX OSSOS PERNA D

LEITO 4-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO CA

GEORGE SERAFIM 33 ANOS

Paciente	Alojamento	Leito	Convenio	DIH	DPO	Evolução Médica
3/29/18						
1	DIETA LIVRE	Prescrição Médica				
2	SF 0,9% 1500ML EV 24H					
3	DIP/IRONA 2ML EV 6/6H					
4	Omeprazol 40mg 01 cp VO/jejum					
5	NAUSEDRON 8mg/ml - 3amp. + ABD EV 8/8h - S/N					
6	TRAMAL 100mg/ml - 01amp + SEQ. 9% 100ml EV 8/8h - S/N					
7	TILATIL 20MG EV 12/12H 5/N					
8	SSVV + CCGG					
9	Ceftriaxona 1g + ABD EV 12/12h					
10	Diclofenaco 75mg IM Sx dia.					
11	Curativo Sx dia.					
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
31/03	15hs						Paciente vindo do bloco cirurgico, submetido a procedimentos cirurgicos, segue sendo medicado conforme prescrição medica e sendo observado pela equipe de enfermagem.	Chléria ME
	00:00				130 80			



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	GEORGE SERAFIM RODRIGUES
DATA DO EXAME:	28/03/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:


Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

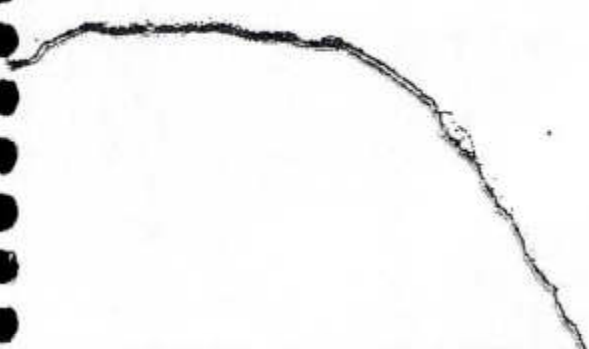
Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB-6101



[Faint, illegible text covering the majority of the page, appearing to be several paragraphs of a document.]





GOVERNO
DA PARAÍBA

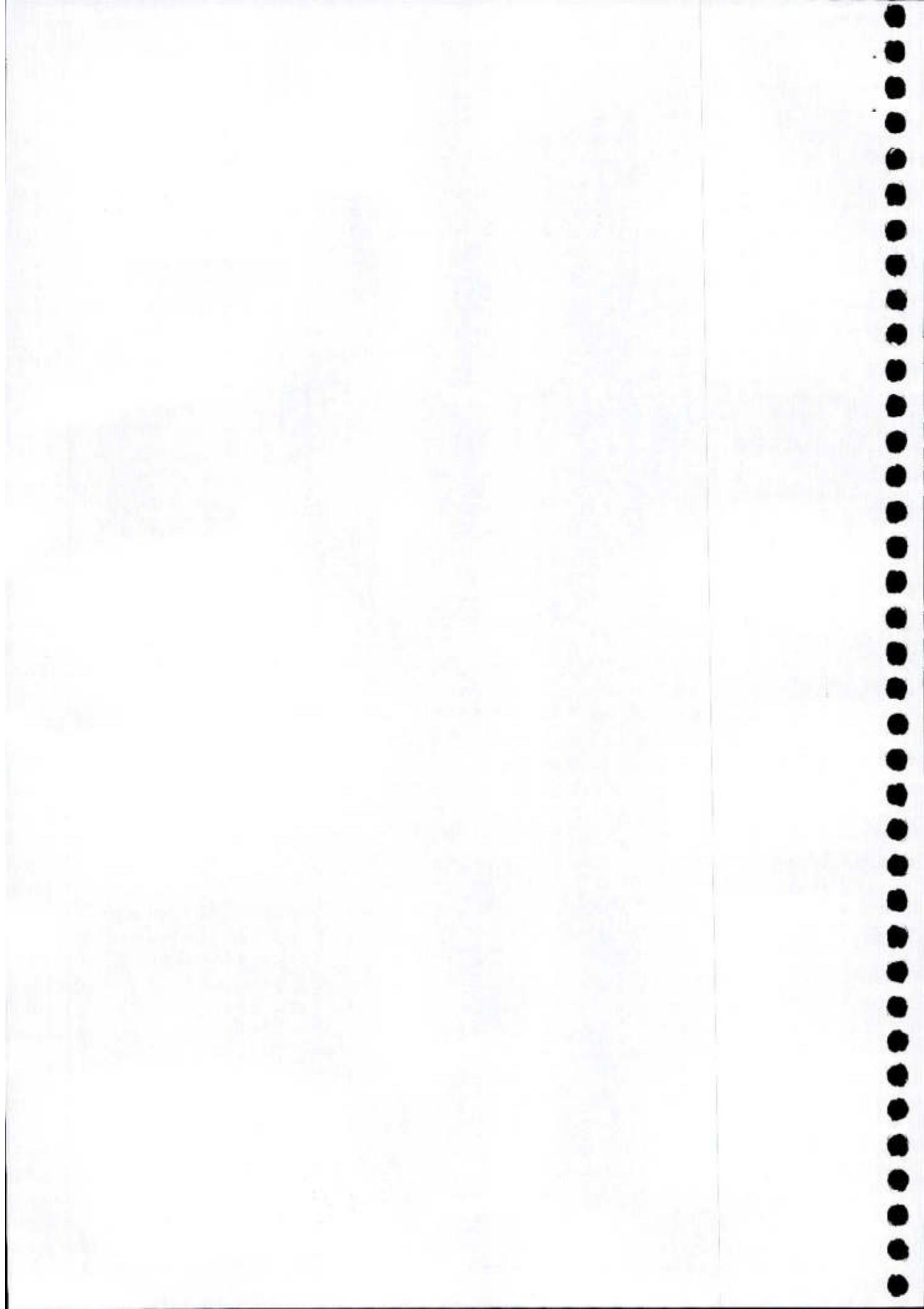
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: <i>(Sobre Silvinha Rodrigues)</i>		IDADE: 33	PRONTUÁRIO: 1405631
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶		ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	
ENTRADA	PAUSA CIRÚRGICA	SAÍDA	
<input checked="" type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE <ul style="list-style-type: none">• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE• SÍTIO CIRÚRGICO• PROCEDIMENTO A SER REALIZADO• CONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGIO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE <ul style="list-style-type: none">• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE• SÍTIO CIRÚRGICO• PROCEDIMENTO	O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO<input checked="" type="checkbox"/> A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM<input type="checkbox"/> BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE<input type="checkbox"/> HOUE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO	
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS			
<input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRÚRGIO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?		
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)		HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES?	
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): GEORGE SERAFIM RODRIGUES Protocolo: 0000327906 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JEFFERSON LIBSON L. A. ROCHA Data: 28-03-2017 12:47 Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 33 anos Destino: ENF 09 - L 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/03/2017 13:12]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.4 milhões/mm ³	4.2 a 5.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,3 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	43 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	97 fL	83,0 a 102,0 fL
H.C.M.....	32 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.900 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	297	
Segmentados.....	81,0	8.019	40 a 70 % - 1.800 a 6.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....	15,0	1.485	20 a 45 % - 1.000 a 3.000 / mm ³
Típicos.....	0	0	
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	1,0	99	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	194.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRM 5010





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	GEORGE SERAFIM RODRIGUES	Protocolo:	0000327906	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JEFFERSON LIBSON L. A. ROCHA	Data:	28-03-2017 12:47	Origem:	CLINICA CIRURGICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	33 anos	Destino:	ENF 09 - L 01

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'30'' min

[DATA DA COLETA: 28/03/2017 13:13]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 28/03/2017 13:13]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos


Gerardo R. Fonseca Neto
Biomedico
CRSM 5010

Emissão: 28/03/2017 15:32 - Página 1 de 2



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: George Serapim Rodrigues Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: OT

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ lpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno: ____/____/____ Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: George Santiago Rodrigues Registro: Leito: 4-1 Setor Atual: OT

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

SEGURANÇA FÍSICA			
(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.			
Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?			Precordialgia: ()
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização:			Data da punção ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: () VO (x) SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: ____			Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico (x) Outros: <u>Dolores</u>			
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (x) Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica			Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: (x) Local/Aspecto: <u>Antebraço esquerdo, Perna D. Tibia</u>			Curativo em: <u>28/03/17</u>
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: <u>Fibula</u>	Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local:	Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada.		Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo:		() Praticante (x) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>		DATA: <u>28/03/17</u>	HORA: <u>15:30</u> h
<u>(Preceptora)</u>			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: <u>George Swaym Pedrique</u>		Enfermagem:		Leito: <u>01</u>	Data: <u>28/03/17</u>				
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular (x)	Dor (x)	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro (x)	Outro ()		
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo (x)			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
		Outros ()				Relato verbal de dor (x)			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo (x)		
		Hipotermia ()	Imobilização física (x)	Outro ()		Rompimento da superfície da pele (x)	Outro ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se (x)	Dispnéia ao esforço ()	Outro	
		Prejuízos músculo esquelético (x)	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()		
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()				
		Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos (x)	Outro ()						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada (x)		Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro (x)		
		Ruído ()	Imobilização física (x)			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
	Outro								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.			<input type="checkbox"/> Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			<input type="checkbox"/> Melhora a acoliação alimentar.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.			<input checked="" type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		OND Necessário	
<input checked="" type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		Sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações dos sinais vitais.		3 x dia	
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		CPM	
<input checked="" type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		Sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			
<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		Sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		Contínuo	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		2 / 2 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			<input checked="" type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input checked="" type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		Sempre	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		Sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		Sempre	
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.			<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		Contínuo	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		Sempre	
<input type="checkbox"/> Outros		CPM	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: GEORGE Registro: Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Allura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausulta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:		Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: (x) Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas		Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:		Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo:		() Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS			
SERVIÇO DE ENFERMAGEM, HCOM, SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E NUTRIÇÃO			
CERTEJICA			
22.03.2013 F. da Silva			
ENFERMEIRA			
O.P. 270.367			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:			
DATA: 28/03/14		HORA: 12h h	

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermagem:		Letto:		Data:		
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()	
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascita ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			
		Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
		Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.			<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			<input type="checkbox"/> Melhora a alimentação alimentar.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.			
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.			
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.			
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.			<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
<input type="checkbox"/> Verificar condições da hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.			
<input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.			
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

* Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Geny Serrano Rodrigues Registro: Leito: 9/01 Setor Atual:
Idade: 33 Sexo: M Cor: Pardo Estado Civil: Casado Naturalidade: Alexandria Profissão: Agricultor
Procedência: (☒) Vermelha (☐) Amarela (☐) Verde (☐) UTI (☐) CC (☐) Ala: (☐) Residência (☐) Outro
Data da internação hospitalar: 27/03/17 Data da internação no setor: 28/03/17
Tem um cuidador/Responsável: (☒) Quem? Esposa (Ana Paula)
Telefone: 99624-8771 Tem acesso a uma UBS: (☐) Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: (☐) Motivos: Alergias: (☐) Qual:
Doenças: (☐) HAS (☐) DM (☐) DPOC (☐) Cardiopatia (☐) Obesidade (☐) Tabagista (☐) Ex-tabagista (☐) Neoplasia
(☐) Alcoolismo (☐) Drogadição (☐) Outros: Medicamentos em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente de Moto.

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: 52 bpm; FR: 20 lpm; PA: 120x80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: 82 Kg; Altura: 1,74 cm Dor: (☐) Local: Edema Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado (☐) Confuso (☐) Letárgico (☐) Torporoso (☐) Comatoso (☐) Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (☒) Isocóricas (☐) Anisocóricas (☐) D>E (☐) E>D (☐) Fotorreagentes (☐) Mióticas (☐) Midríaticas
Mobilidade Física: (☐) Preservada (☒) Paresia (☐) Plegia (☐) Parestesia. Local:
Linguagem: Alteração: (☐) Qual? (☐) Disfonia (☐) Afasia (☐) Disfasia (☐) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea (☐) Cateter Nasal (☐) Venturi % l/min (☐) Traqueostomia (☐) Ayre/Tubo T
(☐) VMNI (☐) VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia (☐) Taquipnéia (☐) Bradipnéia (☐) Dispnéia (☐) Outros:

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☒) Diminuídos (☐) D (☐) E (☐)

Ruidos adventícios: (☐) Roncos (☐) Sibilos (☐) Estridor (☐) Outros:

Tosse: (☐) Improdutiva (☐) Produtiva Expectoração: (☐) Quantidade e aspecto:

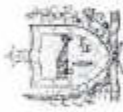
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: (☐) D (☐) E: (☐) Selo d'água

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: (☐) Visão (☐) Audição (☐) Tato (☐) Olfato (☐) Paladar Observação:



GOVERNO
DA PARÁIBA

Não Geralda Rodrigues Sarafim

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	George Sarafim Rodrigues
End:	R. Jose Alvaro da Rocha 27A Bairro: Novo Bodocongó
Data de Nascimento:	15-09-83 Documento de Identificação:
Queixa:	Acid. de Data do Atend.: 27-03-17 Hora: 23:45 Documento: —
Acidente de trabalho?	() Sim () Não

Nota:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Enfermeira
COREN-PB 310.725

Assinatura e carimbo do profissional



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3132-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vixmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES** Registro: 121926
Num. RG: 2251949 CPF: 043.531.164-90 Nascimento: 15/04/1983 34 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: **AÇUDE DO ALVIO** N.: 27 Bairro: **PAJUÇARA**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: 59133350 Fone: 83996618849
Profissão: **VENDEDOR AMBULANTE** Mãe: **GERALDA RODRIGUES SERAFIM**

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 09/06/2017 8:17 Previsão saída: 10/06/2017 11:00 Atendente: CLAUDIA F
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: 702309115603111
Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO** CRM: 4884

ENFERMARIA 101-C

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [x] Paciente [] Responsável

x. George George Rodrigues

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Endereço com anexo
Confere com original
[Assinatura]

Observações

COM LAUDO E SEIS PELICULAS DE TC LAUDO E QUATRO PELICULAS DE RM LAUDO DO SUS LAUDO DO RISCO
EKG EXAMES LAB MEDICO CIENTE



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES** Registro: 121926
Num. RG: 2251949 CPF: 048.631.064-90 Nascimento: 15/04/1983 34 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: AÇUDE DO ALÍVIO N.: 27 Bairro: PAJUÇARA
Cidade : NATAL UF: RN CEP: 59133350 Fone: 83986618849
Profissão: VENDEDOR AMBULANTE Mãe: GERALDA RODRIGUES SERAFIM

Dados do Internamento

Num. Internamento 1 Entrada: 09/06/2017 8:17 Previsão saída: 10/06/2017 11:00 Atendente: CLAUDIA F
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 702309115603111
Médico: Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO CRM: 4384

ENFERMARIA 101-C

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-920 Natal / RN
Confere com original
Em: _____



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vixoxmail.com.br

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES** Registro: **121926**
Num. RG: **2251949** CPF: **048.531.464-90** Nascimento: **15/04/1983** 34 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **AÇUDE DO ALÍVIO** N.: **27** Bairro: **PAJUÇARA**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59133350** Fone: **83986618846**
Profissão: **VENDEDOR AMBULANTE** Mãe: **GERALDA RODRIGUES SERAFIM**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **09/06/2017 8:17** Previsão saída: **10/06/2017 11:00** Atendente: **CLAUDIAF**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **702309115603111**
Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO** CRM: **4884** **ENFERMARIA 101-C**

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8089 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS D**
2. - O(A) **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: ☒ Paciente ☐ Responsável

George Serafim Rodrigues

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO - CRM 4

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Fone: 59.322-4200 Natal / RN
Em, ____/____/____
Confere com original



GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
R. SP. MONS. WILFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

202859076

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	MEMORIAL	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	MEMORIAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	GEORGE SERAFIM RODRIGUES			6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO
702 309115603111	15.04.83	1a	1	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	GEORGE RODRIGUES SERAFIM			11 - TELEFONE DE CONTATO
8498602-8220				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	RUA AÇÓE DO ALVÃO 21			8398661-8849
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP	
JOIAÍ	Palmeiras	RN	59133380	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Paciente com dor e limitação funcional ombro DIREITO.
RM - Lesão do Manguito Rotador	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Acima Citada
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	

RM + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Lesão Manguito Rotador	M 751		
Ombro DIREITO			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITURAS CLÍNICAS	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Reparo do Manguito Rotador 408010142			
Tenoplastia do Biceps 408060476			
Sinovectomia 408060123			
28 - COD. DO PROCEDIMENTO	29 - Nº SOLICITAÇÃO		
0415020034	07 / 06 / 2017		
	30 - Nº DO HOSPITAL / CNES / CPF		
	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO HOSPITAL / CNES / CPF	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
41 - () CID. 10 SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - DT. AUT.	48 - CNES / CPF	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	50 - DT. AUT.	51 - CNES / CPF	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/H)
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)			54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)			

Código Solicitação: 202859076

Número AIH: 241710042489-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro:

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL

Central Reguladora

Data de Solicitação

Data de Autorização

Data de Reserva

Data de Internação

Data Prevista de Alta

Data de Alta

Motivo da Alta

NATAL

07.06.2017 - 10:50:39

07/06/2017 - 11:25:11

11.06.2017

08.06.2017

09.06.2017

08/06/2017 - 12:15:16

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

LUCIMAR

Operador

01419244469CLARISSA

Operador

33391521449FRANCESCA

Operador

33391521449FRANCESCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

702309115603111

Nome do Paciente

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Nome do Mãe

GERALDA RODRIGUES SERAFIM

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

15/04/1983 (34 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

ALEXANDRIA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

JOAO BANDEIRA

Bairro:

CENTRO

Município de Residência:

PILOES

Complemento:

CEP:

59960-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

02166031467

CPF do Médico Executante:

01203173494

Diagnóstico Inicial - CID:

M751 - SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INC. UI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)

Nome do Médico Solicitante:

MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO

Nome do Médico Executante:

MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408010142

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente com dor e limitação funcional do ombro direito

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RM + EP

Condições que Justificam a Internação:

tratamento cirúrgico lesão manguito + tenoplastia + sinovectomia

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

07.06.2017 - 10:50:39

Código Solicitação: 202859076

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Central Reguladora

CNES
2408252
CNES
2408252
Município Executante
NATAL

Data de Solicitação

NATAL

07.06.2017 -
10:50:39

Operador

LUCIMAR

Data de Autorização

07/06/2017 -
11:25:11

Operador

01419244469CLARISSA

Data de Reserva

11.06.2017

Data de Internação

08.06.2017

Operador

33391521449FRANCISCA

Data Prevista de Alta

09.06.2017

DADOS DO PACIENTE

CNS
702309115603111
Nome do Paciente
GEORGE SERAFIM RODRIGUES
Nome da Mãe
GERALDA RODRIGUES SERAFIM
Sexo
MASCULINO
Data de Nascimento
15/04/1983 (34 anos)
Tipo Logradouro
RUA
Número

Nome Social/ Apêlido

Naturalidade

ALEXANDRIA - RN

Raça

AMARELA

Tipo Sanguíneo

Logradouro

JOAO BANDEIRA

Complemento

Bairro

CENTRO

CEP

59960-000

Município de Residência

PIEDRAS

UF

RN

País de Residência

BRASIL

Telefone(s)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante
02166001467
CPF do Médico Executante
01200172494
Diagnóstico Inicial - CID
M751 - SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR
Caráter
ID - Efeito
Clínica
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS
DESCOMPRESSIVOS)

Nome do Médico Solicitante

MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO

Status da Solicitação

APROVADA

Nome do Médico Executante

MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar

Nenhuma

Código

0408010142

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
paciente com dor e limitação funcional do ombro direito
Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RM + EF
Condições que Justificam a Internação
tratamento cirurgico lesoo manguito + tenoplastia + sinovectomia

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRM

Data de Solicitação

07.06.2017 - 10:50:39

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

Reg: 123426 NOME: George Serapim Rodrigues APTO:

Cirurgia Realizada: Tratamento de lesão de manguito rotador + tenoplastia de biceps + sinovectomia ombro direito

DATA: 09.06.2017 INICIO: 10:30 HS: MIN: TÉRMINO: 12:00 HS: MIN:

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Marcos R. Serapim	4884		Pequena
1 Auxiliar				Média
2 Auxiliar				Grande
Anestesiologista	Clayton de Carvalho			Múltipla
Instrumentador	Clayton de Carvalho			
Ato:				

1. Assepsia e Antissepsia, 2. Acesso sobre o ombro D, 3. Dissecção por planos, 4. Sinovectomia, 5. Tenoplastia do biceps, 6. Sutura do manguito rotador com ethibond, 7. sutura, 8. Curativo, 9. Ipoia.

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
000000	Agua Biotessada 100ml	AMP		000000	Vion 5-0 (Incolor)	ENV		000000	Malha Tubular 12cm	ROL	
000000	Agua Biotessada 10ml	AMP	02	000000	Vion 5-0 (Incolor)	ENV		000000	Malha Tubular 15cm	ROL	
000000	Agua Biotessada 20ml	AMP		000000	Vion 8-0	ENV		000000	Mascara Descartavel	UND	03
000000	Contrainol 1g	AMP		000000	Vion 7-0	ENV		000000	Polifix 2 vias	UND	
000000	Diclofenac 4mg inj.	AMP		Ethibond 8 = 0				000000	Podine Degermante / ml	ML	300
000000	Glicose 25% 10ml inj.	AMP						000000	Povidine Topico / ml	ML	300
000000	Glicose 50% 10ml inj.	AMP						000000	Sabão Líquido	ML	
000000	Hipoclor 50%	FRS						000000	Sepalhe Descartavel	UND	100
000000	Inovel Pomada 1%	1/4						000000	Seringa Desc. 01cc d'Agulha	UND	
000000	Ketila Neutra 1g	COM						000000	Seringa Desc. 03cc d'Agulha	UND	
000000	Novolgia 2ml inj.	AMP						000000	Seringa Desc. 05cc d'Agulha	UND	03
000000	Profanid 100mg inj.	AMP						000000	Seringa Desc. 10cc d'Agulha	UND	03
000000	Soluto Ringer d' Lactato	FRS						000000	Seringa Desc. 20cc d'Agulha	UND	03
000000	Soluto Ringer Simples	FRS						000000	Sonda Uretral 10	UND	
000000	Soro Fisológico 100ml	FRS						000000	Sonda Uretral 12	UND	
000000	Soro Fisológico 5% 500ml	FRS	04					000000	Sonda Uretral 14	UND	
000000	Soro Glicosado 5% off 500	TB						000000	Sonda Uretral 16	UND	
000000	Xilopans 2% olv	AMP						000000	Sonda Uretral 18	UND	
000000	Xilopans Gelée 2%	BSG						000000	Sonda Uretral 20	UND	
DESCARTÁVEIS											
				000000	Abocath-T Plus Nº 14	UND		000000	Sonda Uretral 12	UND	
				000000	Abocath-T Plus Nº 16	UND		000000	Sonda Uretral 14	UND	
				000000	Abocath-T Plus Nº 18	UND		000000	Sonda Uretral 16	UND	
				000000	Abocath-T Plus Nº 20	UND	01	000000	Sonda Uretral 18	UND	
				000000	Agulha Descartavel 13 x 4,5	UND		000000	Sonda Uretral 20	UND	
				000000	Agulha Descartavel 25 x 7	UND	02				
				000000	Agulha Descartavel 40 x 12	UND	02				
				000000	Alcool Iodado 10%	ML	100				
				000000	Aladura Crepon 10cm	ROL	02				
				000000	Aladura Crepon 12cm	ROL					
				000000	Aladura Crepon 15cm	ROL					
				000000	Aladura Crepon 20cm	ROL					
				000000	Aladura Gessada 10cm	ROL					
				000000	Aladura Gessada 12cm	ROL					
				000000	Aladura Ortopédica 10cm	ROL					
				000000	Aladura Ortopédica 15cm	ROL					
				000000	Aladura Ortopédica 15cm	ROL					
				000000	Aladura Ortopédica 20cm	ROL					
				000000	Bandeja Percutânea	UND					
				000000	Bandeja Raqui	UND					
				000000	Butterfly 16g	UND					
				000000	Butterfly 21g	UND					
				000000	Butterfly 23g	UND					
				000000	Butterfly 25g	UND					
				000000	Camisola Descartavel	UND	01				
				000000	Compressa Cirúrgica	UND	05				
				000000	Eletrodo Descartavel	UND	05				
				000000	Enterofix 500ml	UND					
				000000	Esparadrapo 10 x 45	CM	100				
				000000	Éter Sulfônico / ml	ML					
				000000	Gase 91 x 91	UND	100				
				000000	Gase Furacada	UND					
				000000	Coro Descartavel	UND	06				
				000000	Injeção Air II, 2,4 M	UND					
				000000	Injeção Padão	UND	01				
				000000	Lamina Bisturi Nº 11	UND					
				000000	Lamina Bisturi Nº 15	UND	01				
				000000	Lamina Bisturi Nº 20	UND	01				
				000000	Lixa Descartavel Nº 7.0	PAR	01				
				000000	Lixa Descartavel Nº 7.5	PAR	01				
				000000	Lixa Descartavel Nº 8.0	PAR	03				
				000000	Malha Tubular 10cm	ROL					

CIRURGIÃO:

Marcos R. Serapim
Ortopedia
Cirurgia Joelho e Ombro
CRM 4884

CIRCULANTE:

Clayton de Carvalho
Anestesiologista
CRM 1994

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lins de Azevedo 379
Tiroí 59.020-020 Natal / RN
Confira com original



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GEORGE SERAFIM RODRIGUES Idade: 34 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg: 121926 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 101-C
Admissão: 09/06/17 08:17 0 dia(s) de internação
Diag.: M751 - Síndrome do manguito rotador | Laceração ou ruptura do manguito.

09/06/2017 19:00		Horários de Aplicação	4884
1)	DIETA LIVRE	(SND)	
2)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	06:00, 18:00 500 500 500	
3)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	06:00, 18:00	
4)	CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	08:00, 20:00	
5)	TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	08:00, 20:00	
6)	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. CASO VÔMITOS	(SN)	
7)	SONDA VESICAL DE ALÍVIO (SVA), Se necessário	(SN)	

Marcelo

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO
CRM - 4884

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamarine, 8791
Tírol 59.022-820 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

lesão do Mangrão Rotador Direito

PRÉ-ANESTÉSICO:

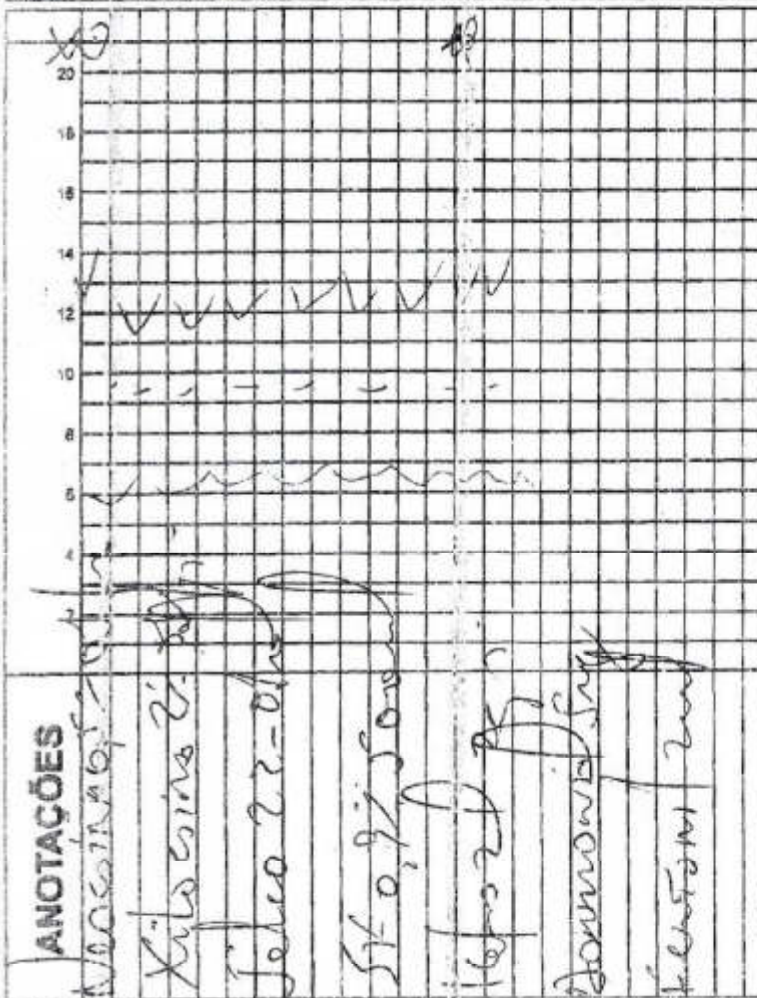
DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Bloqueio do plexo Braquial + Sedação

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000180	Adrenalina	AMP		000180	Narcam	AMP			MEDICAMENTOS		
000181	Água Fisssolvente	AMP		000181	Plasil 10mg	AMP					
000182	Atropina 2%	AMP		000182	Prostigmin	AMP					
000183	Cloridrato de Potássio	AMP		000183	Ketalar	AMP					
000184	Cloridrato de Sódio	AMP		000184	Qualigon 100mg	AMP					
000185	Dilutor 2mg	AMP		000185	Qualigon 500mg	AMP					
000186	Dilutor 5	AMP		000186	Rapifan	AMP					
000187	Dilutor 10	AMP		000187	Sedavina	ML					
000188	Dilutor 15mg	AMP		000188	Sol. Ringer Simplex	FRS					
000189	Dilutor 20mg	AMP		000189	Sol. Fisssolvente	FRS					
000190	Eletrol	AMP		000190	Sol. Glucose	FRS					
000191	Faringol 1.2ml	AMP		000191	Sol. Ringer Lactato	FRS					
000192	Faringol 1.2ml	ML		000192	Thionetaval	FRS					
000193	Hidralazina	ML		000193	Theodur	AMP					
000194	Hidralazina	AMP		000194	Valium	AMP					
000195	Insulina	AMP		000195	Xilocaine 1%	AMP					
000196	Lanar 1	AMP		000196	Xilocaine 2% a/a	AMP					
000197	Morfina 0.5 a/a	AMP		000197	Xilocaine 2% a/a	AMP					
000198	Morfina 0.5 a/a	AMP		000198	Xilocaine Paste	AMP					
000199	Morfina Paste	AMP									

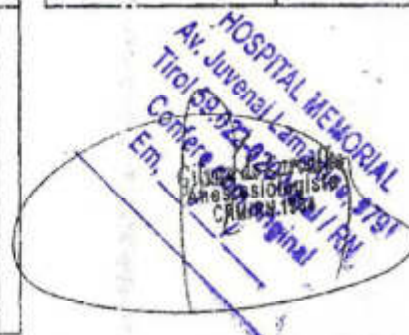


Intercorrências

DESCRIÇÃO	
Oxímetro	SIM
Cardioscópio	SIM
Capnógrafo	SIM
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	1 litro
Protóxido Líquido	

ANOTAÇÕES

Preparação do paciente para a cirurgia.
 Administração de 2ml de Xilocaine 2% no braço direito.
 Administração de 2ml de Xilocaine 2% no braço esquerdo.
 Administração de 5ml de Sol. Ringer Simplex.
 Administração de 1ml de Valium.
 Administração de 1ml de Xilocaine 1%.



INÍCIO ANESTESIA	INÍCIO CIRURGIA	DATA
12:30	12:30	09-06-2017
FINAL CIRURGIA	FINAL ANESTESIA	ANESTESIOLOGISTA
13:00	12:30	Gilvan de Carvalho Anestesiologista CRM/PR 1554
		CRM: 1904

114 40475

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: GEORGE SERAFIM RODRIGUES Idade: 34 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 121926 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 101-C
Admissão: 09/06/17 08:17 0 dia(s) de internação
Diag.: M751 - Síndrome do manguito rotador | Laceração ou ruptura do manguito

09/06/2017 12:29

Horários de Aplicação

4884

- | | Horários de Aplicação |
|---|-----------------------|
| 1) DIETA LIVRE | SND |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas. | 500 500 500 500 |
| 3) DIFIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
DILUIR EM 8 ML DE ABD | 18. 24, 06 12 |
| 4) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL)
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD. | 16. 24 |
| 5) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9% | 22 06 |
| 6) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PIASIL)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
CASO VÔMITOS | SN |
| 7) SONDA VESICAL DE ALÍVIO (SVA), Se necessário | SN |

Marcelo Rêgo

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO
CRM - 4884





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

Registro: **121926** Nº Internação: **1**

Nascimento: **15/04/1983** 34 anos Data Internação: **09/06/2017 08:17:25** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ASPECTO GERAL

☒ - Ac. Venoso ☒ - Acianótico Observações:
Pálido Tremores
Vômitos Sudorese

Diurese: Espontânea

FERIDA OPERATÓRIA

☒ - Oculta Sangramento
Drenos Fixadores
Tala Tração
Edema Hematomas

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **70**
Pulso: **72**

Temperatura: **36,6** °C
Respiração: **16**

Observações:

RAIO X

Observações/QTD

Pré:

Pos:

Queixas do Paciente:

Observações Gerais:

PACIENTE RETORNOU DO CC EM POI DE LESÃO DE
MEMBRANO ROTADOS, NA HV, EM USO DE ATB, COM
MEDICAÇÃO DE HORARIO, AFERIDOS SINAIS VITAIS,
SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

09/06/2017 13:47:06
COREN - 1005134

ELIANE SANTOS RODRIGUES

OBSERVAÇÕES GERAIS

ADMINISTRADOS:

16:00HS 1 FRASCO DE KEFAZOL+10ML DE ABD IV

18:00HS 1 AMPOLA DE DIPIRONA + 8 ml de ABD IV

ESTADO GERAL

Consciente

Acianótico

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminaç. Vesical: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110** X **80**

Pulso: **78**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **20**

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA
Oral
Cts:

Eliminaç. Intestinais: ABSENT NO MOMENTO

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PCT EM PÓS OPERATORIO DE CMBRO CONSCIENTE ORIENTADO, COM AVP EM MSE
VIABILIZANDO HV ADMINISTRADO MEDICAÇÕES, SEGUE SEM INTERCORRENCIAS AOS
CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

09/06/2017 12:12:52

COREN - 988928
JESSICA GOMES DA SILVA



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxnet.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

Registro: **121926** Nº Internação: **1**

Nascimento: **15/04/1983** 34 anos Data Internação: **09/06/2017 08:17:25** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 22:00H ADMINISTRADO TRAMAL 1AMPOLA IV
AS 00:00H ADMINISTRADO DIPIRONA 1AMPOLA IV
AS 00:00H ADMINISTRADO CEFAZOLINA 1FRASCO IV
AS 06:00H ADMINISTRADO TRAMAL 1AMPOLA IV
AS 06:00H ADMINISTRADO DIPIRONA 1AMPOLA IV

10/06/2017
COREN - 968678

JESSICA GOMES DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Corado
Acianótico
Deambulação
Com auxílio

Eliminag. Viscerais: **PRESETE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110** X **70**

Pulso: **98**

Temperatura: **36,8** °C

Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Alceta Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS ATÉ AO MOMENTO

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM CONCIENTE ORIENTADO EM A AMBIENTE ENCONTRA-SE EM POS OPERATORIO DE LESAO DE MANGUITO ROTADOR OMBRO DIREITO, NA HVP, ESTA SENDO MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MEDICA, SSVV ESTAVEIS FOI HIGIENIZADO TROCADO HOUPIAS DE CAMA + VESTES PESSOAIS, PCT ENCONTRA-SE DE ALTA HOSPITALAR SEGUE NO LEITO SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

10/06/2017 09:24:39
COREN - 1109514

Jucilene

Limpeza: **S.F.O.9% GAZES, LUYA DE PROCE**

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Condições do Leito: **COM PRESENÇA DE SECREÇÃO EM CAZE**

Localização: **OMBRO**

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Geroso

☐ Purulento

☒ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento

☐ Piosanguinolento

☐ Sem Exsudato

PELE - PERILESIONAL

☒ Inteira

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Eritemática/Dermatite

☐ Macerada

BORDAS

☐ Distintas

☐ Irregulares

Quantidade: **Pequeno**

Odor: **Característico**

OBSERVAÇÕES GERAIS

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.972-90 Natal / RN
Confere com original
Em

10/06/2017 10:30:58
COREN - 968653

BRENDA SANDRINELLE FIGUEIREDO DE LIMA



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

Registro: **121926** Nº Internação: **1**

Nascimento: **15/04/1983** 34 anos Data Internação: **09/06/2017 08:17:25** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

OBSERVAÇÕES GERAIS

OSHS ADM 1 FRASCO AMP DE KEFAZOL 1G EM 10 ML DE ABED EV

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOFANHADO DE MAQUEIRO EFAMILIAR LEVANDI

CONSIGO TODOS OS SEUS PERTENCES.

Jucilene

10/06/2017
COREN - 1109514

JUCILENE SABINO FORTUNATO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Solicito :

RISCO CIRURGICO

Marcelo Rêgo
Ortopedia
Cirurgia Joelho e Ombro
CRM 4884



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários que _____ foi atendido (a) _____ neste serviço médico, tendo sido liberado (a) a seguir. Devendo ficar afastado de suas atividades do trabalho por _____ (____) dias, a partir desta data.

CID-10: _____ CID M 751 Natal (RN), _____ de _____ de 2017

_____ *Marcelo Pêgo* *Marcelo Pêgo*
Ortopedia
Av. Juvenal Lamartine 979
CEP 59022-020

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISICÃO DE EXAMES

[illegible]


DADOS CLÍNICOS:

$f \times \text{Digit}$ & $\text{K}_{\text{sub}} \circ \text{K}$ & $\text{T}^{\text{sub}} \circ \text{T}$

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Fig. 10.15.7

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Dr. Wagner Otorrinolaringologista CRM 100.000
DATA: 27/06/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

George S. Rodrigues

foi atendido (às) hoje, às 18h (curto e eficiente)
horas, necessitando de 18/0 (curto e eficiente)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S52 + S82 + G54.0

Campina Grande,

25/04/22

Dr. Andrey Wanderley
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE OMBRO
CRM 5628-PB.

Assinatura do Médico - CRM N°





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

George Serefin Rodrigues

foi atendido(às) hoje, às 30 (trinta)
horas, necessitando de 30 (trinta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52+582+654.0

Campina Grande,

27.10.14

Dr. André Ribeiro Araújo de Menezes
Traumatologia/Ortopedia

Assinatura do Médico CRM 5793

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

Data da internação: 30/03/2017 Hora: 16:16:10

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE GEORGE SERAFIM RODRIGUES	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1407167
7 - CARTÃO DO SUS 702309115603111	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1983
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL GERALDA RODRIGUES SERAFIM	11 - TELEFONE DE CONTATO 83 987155268
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) JOSE ANDRE DA ROCHA, 27, NOVO BODOCONGO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400
15 - UF PB	16 - CEP 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE RADIO E FRATURA DE OSSOS DA PERNA D	
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA ORTOPEDIA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016000536785
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE SCHUBERT LUIGI COSTA RODRIGUES	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/03/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRANSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TUAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

D Ex Radio E

2) fix map Pave D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

$$\frac{0.7}{0.7}$$

Paciente	George Sinaforum 133 e	Alojamento	B3	Leito	J	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
28/03 2017	1) Diceta Gine 2) SFOTAF 1500 ml EV 3) Uletaf 20 mg EV 12/12h 4) Dipirona 16A EV C/GH 5) Promedon 100 mg EV 8/8h (S/N) 6) Nouradon 1FA EV 8/8h (S/N) 7) SSUV + CGG	1ª 22:30 18) 24:00 19) 24:00 20) 24:00	#ORTO PE-DIA DSH = 1º Paciente vítima de acidente de ve- ículo. Exatidão: Presente em EGR, apresentando em estado, não consciente, afilado ao fôlego. # Ainda vãos alimentares # Evacuções ⊖ e Eliminações ⊖ # Aumentação da Tachicardia (D+) e queixas de dor abdominal (+). # Repreção em região cervical e dor abd. Em tempo: Afegia e Butapom			

497021

[illegible]

Diagnóstico

~~fratura Rádio e~~
fratura Omor da perna D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	George Seropian, 33 anos	Alojamento	9	Leito	1	Convênio	
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário	História Clínica e Evolução Médica
29/03 2017	1) Dacta livre 2) SFG 9x1500 ml EV 3) Filatel 20mg EV 12/12 h 4) Dipirona 4FA EV 6/6 h 5) Tramadol 100mg EV 8/8 h 6) Nauseachon 1FA EV 8/8 h SN/ 7) SDVV + CCGG	OK 12/00 12/00 12/00 12/00 12/00 12/00 12/00	1 2 3 OK OK OK OK OK OK OK	# DH = 2º # Exatidão: Paciente EGR Análise Análise / Afetiva do tempo H Navegar sobre o mundo H Refere dor forte em geral e náusea # Acituação de dieta (+) # Funções Eliminações (+) # Evidências (-) # Alterações de pododactilo (+) e querdactilos (+) Entempo: Alergia e Buxapom
				Dr. Schibler Cordeiro CRM 5373 Ordem da Ordem do Conselho Médico do Estado de São Paulo
				Sor Salutaris X de Café com leite e mel Alimentação por Polígono por se trata de um tipo de alimentação

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex Radio E
Ex Onor Pava D

Paciente	Cecilia	Alojamento	Leito	Convênio
	Sereia			
	33 anos			

Data	Prescrição Médica	Horário	Histórico	Exame		
20/03	1) Dexte 10ml, 400, zero op33 12:14 no. 18 2) SFC 18/1500 ml EV 12/14 3) Talitol 20mg TAD+EV 12/12h 4) Dipiridam 01 FA EV 6/6h 5) Triamterol 100mg TAD+EV 8/18h 6) Nicotina 01 FA EV 8/18h SN 7) SSNU + CCG 8) Mudança	18/3 19/3 20/3 21/3 22/3 23/3 24/3 25/3 26/3 27/3 28/3 29/3 30/3 31/3 1/4 2/4 3/4 4/4 5/4 6/4 7/4 8/4 9/4 10/4 11/4 12/4 13/4 14/4 15/4 16/4 17/4 18/4 19/4 20/4 21/4 22/4 23/4 24/4 25/4 26/4 27/4 28/4 29/4 30/4 31/4 1/5 2/5 3/5 4/5 5/5 6/5 7/5 8/5 9/5 10/5 11/5 12/5 13/5 14/5 15/5 16/5 17/5 18/5 19/5 20/5 21/5 22/5 23/5 24/5 25/5 26/5 27/5 28/5 29/5 30/5 31/5 1/6 2/6 3/6 4/6 5/6 6/6 7/6 8/6 9/6 10/6 11/6 12/6 13/6 14/6 15/6 16/6 17/6 18/6 19/6 20/6 21/6 22/6 23/6 24/6 25/6 26/6 27/6 28/6 29/6 30/6 31/6 1/7 2/7 3/7 4/7 5/7 6/7 7/7 8/7 9/7 10/7 11/7 12/7 13/7 14/7 15/7 16/7 17/7 18/7 19/7 20/7 21/7 22/7 23/7 24/7 25/7 26/7 27/7 28/7 29/7 30/7 31/7 1/8 2/8 3/8 4/8 5/8 6/8 7/8 8/8 9/8 10/8 11/8 12/8 13/8 14/8 15/8 16/8 17/8 18/8 19/8 20/8 21/8 22/8 23/8 24/8 25/8 26/8 27/8 28/8 29/8 30/8 31/8 1/9 2/9 3/9 4/9 5/9 6/9 7/9 8/9 9/9 10/9 11/9 12/9 13/9 14/9 15/9 16/9 17/9 18/9 19/9 20/9 21/9 22/9 23/9 24/9 25/9 26/9 27/9 28/9 29/9 30/9 31/9 1/10 2/10 3/10 4/10 5/10 6/10 7/10 8/10 9/10 10/10 11/10 12/10 13/10 14/10 15/10 16/10 17/10 18/10 19/10 20/10 21/10 22/10 23/10 24/10 25/10 26/10 27/10 28/10 29/10 30/10 31/10 1/11 2/11 3/11 4/11 5/11 6/11 7/11 8/11 9/11 10/11 11/11 12/11 13/11 14/11 15/11 16/11 17/11 18/11 19/11 20/11 21/11 22/11 23/11 24/11 25/11 26/11 27/11 28/11 29/11 30/11 31/11 1/12 2/12 3/12 4/12 5/12 6/12 7/12 8/12 9/12 10/12 11/12 12/12 13/12 14/12 15/12 16/12 17/12 18/12 19/12 20/12 21/12 22/12 23/12 24/12 25/12 26/12 27/12 28/12 29/12 30/12 31/12 1/13 2/13 3/13 4/13 5/13 6/13 7/13 8/13 9/13 10/13 11/13 12/13 13/13 14/13 15/13 16/13 17/13 18/13 19/13 20/13 21/13 22/13 23/13 24/13 25/13 26/13 27/13 28/13 29/13 30/13 31/13 1/14 2/14 3/14 4/14 5/14 6/14 7/14 8/14 9/14 10/14 11/14 12/14 13/14 14/14 15/14 16/14 17/14 18/14 19/14 20/14 21/14 22/14 23/14 24/14 25/14 26/14 27/14 28/14 29/14 30/14 31/14 1/15 2/15 3/15 4/15 5/15 6/15 7/15 8/15 9/15 10/15 11/15 12/15 13/15 14/15 15/15 16/15 17/15 18/15 19/15 20/15 21/15 22/15 23/15 24/15 25/15 26/15 27/15 28/15 29/15 30/15 31/15 1/16 2/16 3/16 4/16 5/16 6/16 7/16 8/16 9/16 10/16 11/16 12/16 13/16 14/16 15/16 16/16 17/16 18/16 19/16 20/16 21/16 22/16 23/16 24/16 25/16 26/16 27/16 28/16 29/16 30/16 31/16 1/17 2/17 3/17 4/17 5/17 6/17 7/17 8/17 9/17 10/17 11/17 12/17 13/17 14/17 15/17 16/17 17/17 18/17 19/17 20/17 21/17 22/17 23/17 24/17 25/17 26/17 27/17 28/17 29/17 30/17 31/17 1/18 2/18 3/18 4/18 5/18 6/18 7/18 8/18 9/18 10/18 11/18 12/18 13/18 14/18 15/18 16/18 17/18 18/18 19/18 20/18 21/18 22/18 23/18 24/18 25/18 26/18 27/18 28/18 29/18 30/18 31/18 1/19 2/19 3/19 4/19 5/19 6/19 7/19 8/19 9/19 10/19 11/19 12/19 13/19 14/19 15/19 16/19 17/19 18/19 19/19 20/19 21/19 22/19 23/19 24/19 25/19 26/19 27/19 28/19 29/19 30/19 31/19 1/20 2/20 3/20 4/20 5/20 6/20 7/20 8/20 9/20 10/20 11/20 12/20 13/20 14/20 15/20 16/20 17/20 18/20 19/20 20/20 21/20 22/20 23/20 24/20 25/20 26/20 27/20 28/20 29/20 30/20 31/20 1/21 2/21 3/21 4/21 5/21 6/21 7/21 8/21 9/21 10/21 11/21 12/21 13/21 14/21 15/21 16/21 17/21 18/21 19/21 20/21 21/21 22/21 23/21 24/21 25/21 26/21 27/21 28/21 29/21 30/21 31/21 1/22 2/22 3/22 4/22 5/22 6/22 7/22 8/22 9/22 10/22 11/22 12/22 13/22 14/22 15/22 16/22 17/22 18/22 19/22 20/22 21/22 22/22 23/22 24/22 25/22 26/22 27/22 28/22 29/22 30/22 31/22 1/23 2/23 3/23 4/23 5/23 6/23 7/23 8/23 9/23 10/23 11/23 12/23 13/23 14/23 15/23 16/23 17/23 18/23 19/23 20/23 21/23 22/23 23/23 24/23 25/23 26/23 27/23 28/23 29/23 30/23 31/23 1/24 2/24 3/24 4/24 5/24 6/24 7/24 8/24 9/24 10/24 11/24 12/24 13/24 14/24 15/24 16/24 17/24 18/24 19/24 20/24 21/24 22/24 23/24 24/24 25/24 26/24 27/24 28/24 29/24 30/24 31/24 1/25 2/25 3/25 4/25 5/25 6/25 7/25 8/25 9/25 10/25 11/25 12/25 13/25 14/25 15/25 16/25 17/25 18/25 19/25 20/25 21/25 22/25 23/25 24/25 25/25 26/25 27/25 28/25 29/25 30/25 31/25 1/26 2/26 3/26 4/26 5/26 6/26 7/26 8/26 9/26 10/26 11/26 12/26 13/26 14/26 15/26 16/26 17/26 18/26 19/26 20/26 21/26 22/26 23/26 24/26 25/26 26/26 27/26 28/26 29/26 30/26 31/26 1/27 2/27 3/27 4/27 5/27 6/27 7/27 8/27 9/27 10/27 11/27 12/27 13/27 14/27 15/27 16/27 17/27 18/27 19/27 20/27 21/27 22/27 23/27 24/27 25/27 26/27 27/27 28/27 29/27 30/27 31/27 1/28 2/28 3/28 4/28 5/28 6/28 7/28 8/28 9/28 10/28 11/28 12/28 13/28 14/28 15/28 16/28 17/28 18/28 19/28 20/28 21/28 22/28 23/28 24/28 25/28 26/28 27/28 28/28 29/28 30/28 31/28 1/29 2/29 3/29 4/29 5/29 6/29 7/29 8/29 9/29 10/29 11/29 12/29 13/29 14/29 15/29 16/29 17/29 18/29 19/29 20/29 21/29 22/29 23/29 24/29 25/29 26/29 27/29 28/29 29/29 30/29 31/29 1/30 2/30 3/30 4/30 5/30 6/30 7/30 8/30 9/30 10/30 11/30 12/30 13/30 14/30 15/30 16/30 17/30 18/30 19/30 20/30 21/30 22/30 23/30 24/30 25/30 26/30 27/30 28/30 29/30 30/30 31/30 1/31 2/31 3/31 4/31 5/31 6/31 7/31 8/31 9/31 10/31 11/31 12/31 13/31 14/31 15/31 16/31 17/31 18/31 19/31 20/31 21/31 22/31 23/31 24/31 25/31 26/31 27/31 28/31 29/31 30/31 31/31				

[illegible]



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	George Serafim Rodrigues	Idade:	33 A
Convênio:	Sub	Data:	
Procedimento:	Interconsulte		
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr.ª Lenara
Início:	10:45	Término:	12:20
		Anestesia:	Bloqueio do Plexo

[illegible][illegible]

Observações:

13:30 Paciente evolui bem no Pós-Operatório em-
comenhado para a ortopedia

Simone Gabriel de Souza
Enfermeira
COREN-PB 319.362

MW 6309
Assinatura Anestesista

Circulante



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10


13:20


Assinatura do anestesista

Atropina

20/04/1983

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: GEORGE SERAFIM RODRIGUES						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Emergência Hospitalar Luiz Gonzaga Fernandes	
QI 4	LEITE 1	CONVÊNIO SUS	IDADE 33	REGISTRO 3405631			
CIRURGIA Amputação cirúrgica de membro superior direito				CIRURGIÃO Dr. João Paulo + Dr. Wenceslau			
ANESTESIA X novo + Bloqueio deplexo				ANESTESIA Milomiro			
INSTRUMENTADORA André		DATA 31/07/2018		INÍCIO 10:45		FIM 12:20	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Catet. pl Oxiq.			Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande			Catgut cromado Serlix	
01	Dimore amp.		Compressa Pequena			Catgut Simples	
	Dofantina amp.		Cotonóide			Catgut Simples Serlix	
	Elrane ml		Dreno			Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº			Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº			Cera pl osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº			Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue			Fio de Algodão Serlix	
01	Pavulon amp.		Equipo de PVC			Fio de Algodão Serlix	
	Protigmine amp.		Esparradrapo Largo cm		01	Fio de Algodão Sutapak 2-0	
01	Protolox amp.		Furacim ml			Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades			Fila cardíaca	
01	Rapipec amp.		H ₂ O, ml		01	Mononylon 2-0	
01	Thionembul ml		Intracath Adulto		01	Mononylon 2-0	
01	Trocium amp.		Intracath Infantil			Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23			Prolene Serlix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			Prolene Serlix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			Prolene Serlix	
01	Dipirona amp.		Luvas 7.0			Vicryl Serlix	
	Flaxidoi amp.		Luvas 7.5			Vicryl Serlix	
	Fiebecortid amp.		Luvas 8.0			Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml.		PVPi Deceante ml				
	Heparema ml.		PVPi Tópico ml.		Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		23	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor			SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotriazol		Seringa desc. 10 ml			SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml		01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml			SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		TRC CIRURGICA		
	Suptanon amp.		Sonda folley		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
01	Cefalofina 1g		Sonda Nasogátrica				
			Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
01	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Aguilha desc. 25 x 28		Látex				
01	Aguilha desc. 30 x 5						
01	Aguilha pl raque nº 23						
01	Alcool de Enfermagem						
	Alcool iodado ml						
01	Ataduras de Crepon						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

EQUIPAMENTOS

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar |
| <input type="checkbox"/> Serra | <input type="checkbox"/> Eletrocautério |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Oxícapígrafo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz | <input checked="" type="checkbox"/> Perfusor Elétrico |

CIRCUNTE RESPONSÁVEL

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

1971-72

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE MISUMS

CIDADE

E. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

GEORGE SERRAVALLO RODRIGUES

Nº DO PROTOCOLO

1405631

Nº AL H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAL. CIL. DO TUMORIS DE TIGIA E ROLIO D'SIL

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
PLA 4.5 ESNEIRA J4F.		01	
PLA 5. CONTINIS 4.5 x 28		01	
// 4.5 x 30		01	
// 4.5 x 32		02	
// 4.5 x 34		03	
// 4.5 x 36		01	
PLA 3.3 DCP 6F. -A		01	
PLA 5. CONTINIS 3.5 x 16		02	
// 3.5 x 18		02	
// 3.5 x 20		02	
//			
//			

DATA DE UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Antonio Jorge

OBSERVAÇÕES

Ex 4.5 Simplex
Ex 3.5 Simplex

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Antônio

Diagnóstico

FX RADIO E + FX OSSOS PERNA D

GEORGE SERAFIM 33 ANOS

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO CA

LEITO 4-1

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio	UH	DPO	Evolução Médica
31/03/17						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
31/03	15hs						Paciente vindo do bloco cirurgico, submetido a procedimentos cirurgicos, segue sendo medicado conforme prescrição medica e sendo observado pela equipe de enfermagem.	Chléria ME
	00:00				130 80			



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	GEORGE SERAFIM RODRIGUES
DATA DO EXAME:	28/03/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:


Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

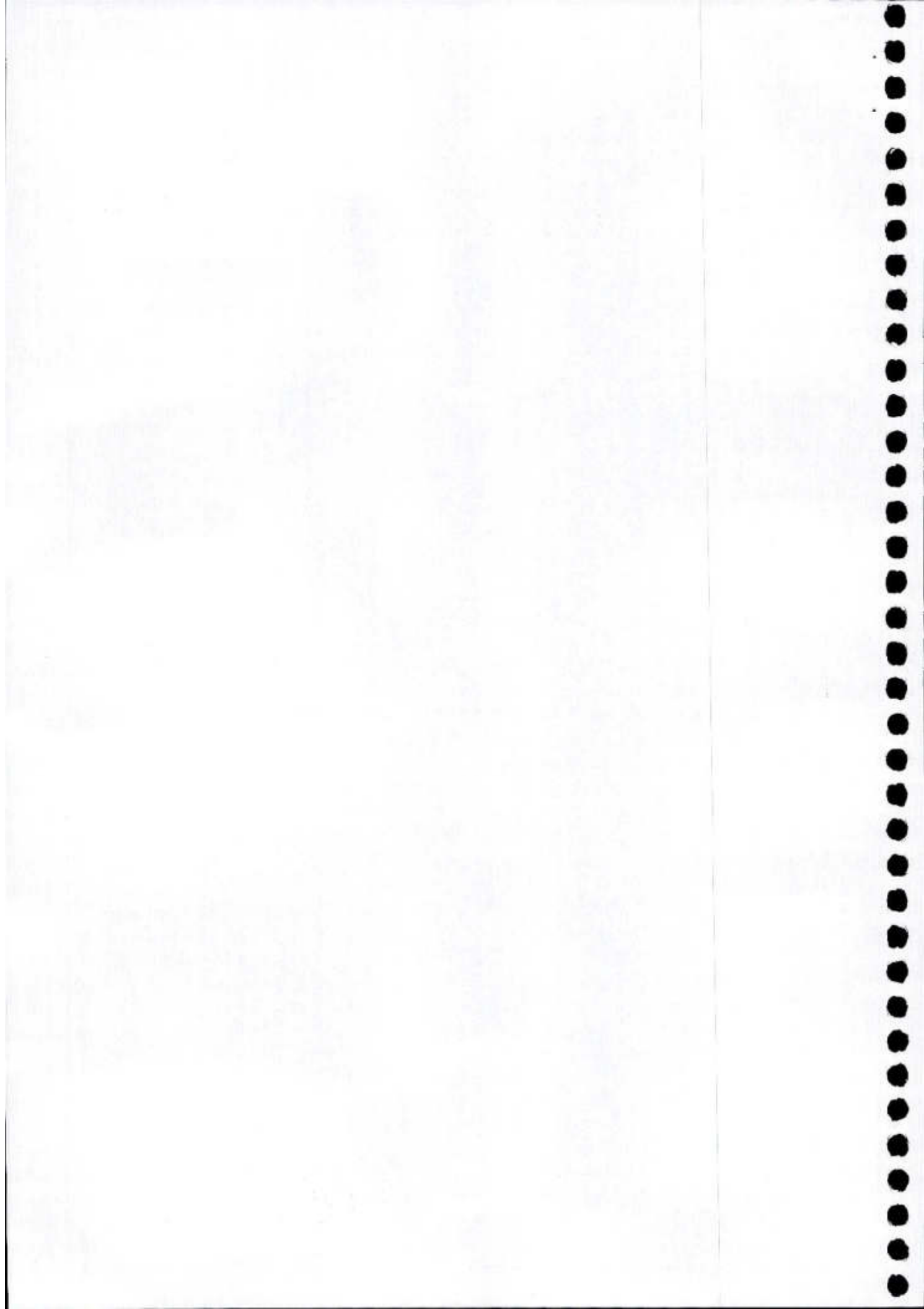
Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB-6101



27







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): GEORGE SERAFIM RODRIGUES Protocolo: 0000327906 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JEFFERSON LIBSON L. A. ROCHA Data: 28-03-2017 12:47 Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 33 anos Destino: ENF 09 - L 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/03/2017 13:12]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.4 milhões/mm ³	4.2 a 5.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,3 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	43 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	97 fL	83,0 a 102,0 fL
H.C.M.....	32 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.900 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	297	
Segmentados.....	81,0	8.019	40 a 70 % - 1.800 a 6.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....	15,0	1.485	20 a 45 % - 1.000 a 3.000 / mm ³
Típicos.....	0	0	
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	1,0	99	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	194.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CREM 5010





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	GEORGE SERAFIM RODRIGUES	Protocolo:	0000327906	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JEFFERSON LIBSON L. A. ROCHA	Data:	28-03-2017 12:47	Origem:	CLINICA CIRURGICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	33 anos	Destino:	ENF 09 - L 01

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'30'' min

[DATA DA COLETA: 28/03/2017 13:13]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 28/03/2017 13:13]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos


Gerardo R. Fonseca Neto
Biomedico
CRSM 5010

Emissão: 28/03/2017 15:32 - Página 1 de 2



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: George Serapim Rodrigues Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: OT

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ lpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi _____ % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno: ____/____/____ Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: George Santiago Rodrigues Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: OT

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

SEGURANÇA FÍSICA			
(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.			
Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?			Precordialgia: ()
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização:			Data da punção ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: () VO (x) SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: ____			Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico (x) Outros: <u>Dolores</u>			
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (x) Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica			Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: (x) Local/Aspecto: <u>Antebraço esquerdo, Perna D. Tibia</u>			Curativo em: <u>28/03/17</u>
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: <u>Fibula</u>	Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local:	Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada.		Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo:		() Praticante (x) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>		DATA: <u>28/03/17</u>	HORA: <u>15:30</u> h
<u>(Preceptora)</u>			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: <u>George Swaym Pedrique</u>		Enfermagem:		Leito: <u>01</u>	Data: <u>28/03/17</u>				
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular (x)	Dor (x)	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro (x)	Outro ()		
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo (x)			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
		Outros ()				Relato verbal de dor (x)			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo (x)		
		Hipotermia ()	Imobilização física (x)	Outro ()		Rompimento da superfície da pele (x)	Outro ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se (x)	Dispnéia ao esforço ()	Outro	
		Prejuízos músculo esquelético (x)	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()		
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()				
		Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos (x)	Outro ()						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada (x)		Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro (x)		
		Ruído ()	Imobilização física (x)			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
	Outro								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.			<input type="checkbox"/> Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			<input type="checkbox"/> Melhora a acoliação alimentar.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.			<input checked="" type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		OND Necessário	
<input checked="" type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		Sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações dos sinais vitais.		3 x dia	
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		CPM	
<input checked="" type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		Sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			
<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		Sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		Contínuo	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		2 / 2 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			<input checked="" type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input checked="" type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		Sempre	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		Sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		Sempre	
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.			<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		Contínuo	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		Sempre	
<input type="checkbox"/> Outros		CPM	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: GEORGE Registro: Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Allura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasodilativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:		Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas		Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:		Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo:		() Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS			
SERVIÇO DE ENFERMAGEM, HCOM, SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E NUTRICIONISTAS			
CERTEJICA			
22.03.2013 F. da Silva			
ENFERMEIRA			
O.P. 270.367			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:			
DATA: 28/03/14		HORA: 12h30 h	

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermagem:		Letto:		Data:		
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()	
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascita ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			
		Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.			<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			<input type="checkbox"/> Melhora a alimentação alimentar.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.			
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.			
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		M	
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		N	
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.			<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
<input type="checkbox"/> Verificar condições da hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.			
<input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		Y	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		F	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		N	
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		Y	
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		Y	
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.			<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Genay Soraun Rodrigues Registro: Leito: 9/01 Setor Atual:
Idade: 33 Sexo: M Cor: Pardo Estado Civil: Casado Naturalidade: Alexandria Profissão: Agricultor
Procedência: (☒) Vermelha (☐) Amarela (☐) Verde (☐) UTI (☐) CC (☐) Ala: (☐) Residência (☐) Outro
Data da internação hospitalar: 27/03/17 Data da internação no setor: 28/03/17
Tem um cuidador/Responsável: (☒) Quem? Esposa (Ana Paula)
Telefone: 99624-8771 Tem acesso a uma UBS: (☐) Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: (☐) Motivos: Alergias: (☐) Qual:
Doenças: (☐) HAS (☐) DM (☐) DPOC (☐) Cardiopatia (☐) Obesidade (☐) Tabagista (☐) Ex-tabagista (☐) Neoplasia
(☐) Alcoolismo (☐) Drogadição (☐) Outros: Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente de Moto.

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: 52 bpm; FR: 20 lpm; PA: 120x80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: 82 Kg; Altura: 1,74 cm Dor: (☐) Local: Edema Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado (☐) Confuso (☐) Letárgico (☐) Torporoso (☐) Comatoso (☐) Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (☒) Isocóricas (☐) Anisocóricas (☐) D>E (☐) E>D (☐) Fotorreagentes (☐) Mióticas (☐) Midríaticas
Mobilidade Física: (☐) Preservada (☒) Paresia (☐) Plegia (☐) Parestesia. Local:
Linguagem: Alteração: (☐) Qual? (☐) Disfonia (☐) Afasia (☐) Disfasia (☐) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea (☐) Cateter Nasal (☐) Venturi % l/min (☐) Traqueostomia (☐) Ayre/Tubo T
(☐) VMNI (☐) VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia (☐) Taquipnéia (☐) Bradipnéia (☐) Dispnéia (☐) Outros:

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☒) Diminuídos (☐) D (☐) E (☐)

Ruidos adventícios: (☐) Roncos (☐) Sibilos (☐) Estridor (☐) Outros:

Tosse: (☐) Improdutiva (☐) Produtiva Expectoração: (☐) Quantidade e aspecto:

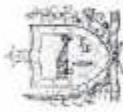
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: (☐) D (☐) E: (☐) Selo d'água

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: (☐) Visão (☐) Audição (☐) Tato (☐) Olfato (☐) Paladar Observação:



GOVERNO
DA PARAÍBA

Não Geralda Rodrigues Sarafim

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	George Sarafim Rodrigues
End:	R. Jose Aldeia da Rocha 27A Bairro: Novo Bodocongó
Data de Nascimento:	15-04-83 Documento de Identificação:
Queixas:	Acid. de Data do Atend.: 27-03-17 Hora: 23:45 Documento: —
Acidente de trabalho?	() Sim () Não

Nota:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Enfermeira
COREN-PB 310.725

Assinatura e carimbo do profissional



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3132-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vixenmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES** Registro: 121926
Num. RG: 2251949 CPF: 043.531.164-90 Nascimento: 15/04/1983 34 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: **AÇUDE DO ALVIO** N.: 27 Bairro: **PAJUÇARA**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: 59133350 Fone: 83996618849
Profissão: **VENDEDOR AMBULANTE** Mãe: **GERALDA RODRIGUES SERAFIM**

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 09/06/2017 8:17 Previsão saída: 10/06/2017 11:00 Atendente: CLAUDIA F
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: 702309115603111
Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO** CRM: 4884

ENFERMARIA 101-C

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [x] Paciente [] Responsável

x. *George George Rodrigues*

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-920 Natal / RN
Endereço com anexo
Confere com original
[Assinatura]

Observações

COM LAUDO E SEIS PELICULAS DE TC LAUDO E QUATRO PELICULAS DE RM LAUDO DO SUS LAUDO DO RISCO
EKG EXAMES LAB MEDICO CIENTE



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vsnovmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES** Registro: 121926
Num. RG: 2251949 CPF: 048.631.064-90 Nascimento: 15/04/1983 34 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: AÇUDE DO ALÍVIO N.: 27 Bairro: PAJUÇARA
Cidade : NATAL UF: RN CEP: 59133350 Fone: 83986618849
Profissão: VENDEDOR AMBULANTE Mãe: GERALDA RODRIGUES SERAFIM

Dados do Internamento

Num. Internamento 1 Entrada: 09/06/2017 8:17 Previsão saída: 10/06/2017 11:00 Atendente: CLAUDIA F
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 702309115603111
Médico: Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO CRM: 4384

ENFERMARIA 101-C

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-920 Natal / RN
Confere com original
Em: _____



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vixoxmail.com.br

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES** Registro: **121926**
Num. RG: **2251949** CPF: **048.531.464-90** Nascimento: **15/04/1983** 34 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **AÇUDE DO ALÍVIO** N.: **27** Bairro: **PAJUÇARA**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59133350** Fone: **83986618846**
Profissão: **VENDEDOR AMBULANTE** Mãe: **GERALDA RODRIGUES SERAFIM**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **09/06/2017 8:17** Previsão saída: **10/06/2017 11:00** Atendente: **CLAUDIAF**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **702309115603111**
Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO** CRM: **4884** **ENFERMARIA 101-C**

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8089 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS D**
2. - O(A) **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: ☒ Paciente ☐ Responsável

George Serafim Rodrigues

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO - CRM 4

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.922-920 Natal / RN
Em, ____/____/____
Confere com original



GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
R. SP. MONS. WILFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

202859076

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
MEMORIAL

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE
MEMORIAL

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
GEORGE SERAFIM RODRIGUES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS
702 309115603111

8 - DATA DE NASCIMENTO
15.04.83

9 - SEXO
M

MASCULINO

FEMININO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

GEORGE RODRIGUES SERAFIM

11 - TELEFONE DE CONTATO

8498602-8220

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

Rua. Açoite do Alívio 21

8398661-8849

13 - MUNICÍPIO

Itaíba

14 - BAIRRO

Palmeiras

15 - UF

RN

16 - CEP

59133380

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor e limitação funcional ombro DIREITO.

RM - Lesão do Manguito Rotador

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acima Citada

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

RM + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão Manguito Rotador

21 - CID 10 PRINCIPAL

M 751

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOCIADAS

Ombro DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Reparo do Manguito Rotador 408010142

25 - LEITOCLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Tenoplastia do Biceps 408060476

Sinovectomia 408060123

29 - COD. DO PROCEDIMENTO

0415020034

Marcelo Rêgo
Ortopedista
CRM: 1000000000
CPF: 000.000.000-00

30 - Nº SOLICITAÇÃO 07 / 06 / 2017

31 - CNES / CPF

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO HOSPITAL MEMORIAL

36 - BÔNUS

37 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ

39 -

40 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

41 - () CID. 10 PRINCIPAL

DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO

43 - ()

44 - () GRAVE

45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/H)

47 - DT. AUT.

51 - DT. AUT.

48 - CNES / CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

Código Solicitação: 202859076

Número AIH: 241710042489-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro:
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo de Alta

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL
NATAL
Operador
Operador
Operador
Operador
Operador
Operador

LUCIMAR
01419244469CLARISSA
33391521449FRANCESCA
33391521449FRANCESCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
702309115603111
Nome do Paciente
GEORGE SERAFIM RODRIGUES
Nome de Mãe
GERALDA RODRIGUES SERAFIM
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
15/04/1983 (34 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
ALEXANDRIA - RN
Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
JOAO BANDEIRA
Bairro:
CENTRO
Município de Residência:
PILOES
Complemento:
CEP:
59960-000
UF:
RN

País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
02166031467
CPF do Médico Executante:
01203173494
Diagnóstico Inicial - CID:
M751 - SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR
Caráter
10 - Eletivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INC. UI PROCEDIMENTOS
DESCOMPRESSIVOS)

Nome do Médico Solicitante:
MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO
Status da Solicitação:
APROVADA
Nome do Médico Executante:
MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

Classificação de Risco
Prioridade 3 - Atendimento eletivo
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408010142

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com dor e limitação funcional do ombro direito
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RM + EP
Condições que Justificam a Internação:
tratamento cirúrgico lesão manguito + tenoplastia + sinovectomia

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRM:
Data de Solicitação:
07.06.2017 - 10:50:39

Data da Extração dos Dados: 23/06/2017 11:05:41

Código Solicitação: 202859076

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Central Reguladora

CNES
2408252
CNES
2408252
Município Executante
NATAL

Data de Solicitação

NATAL
07.06.2017 -
10:50:39

Operador: LUCIMAR

Data de Autorização

07/06/2017 -
11:25:11

Operador: 01419244469CLARISSA

Data de Reserva

11.06.2017

Data de Internação

08.06.2017

Operador: 33391521449FRANCISCA

Data Prevista de Alta

09.06.2017

DADOS DO PACIENTE

CNS
702309115603111
Nome do Paciente
GEORGE SERAFIM RODRIGUES
Nome da Mãe
GERALDA RODRIGUES SERAFIM
Sexo
MASCULINO
Data de Nascimento
15/04/1983 (34 anos)
Tipo Logradouro
RUA
Número

Nome Social/ Apêlido

Naturalidade
ALEXANDRIA - RN
Raça
AMARELA
Tipo Sangue

Logradouro
JOAO BANDEIRA
Complemento
Bairro
CENTRO
CEP
59960-000
Município de Residência
UF
RN

País de Residência

BRASIL

Telefone(s)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante
02166001467
CPF do Médico Executante
01200172494
Diagnóstico Inicial - CID
M751 - SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR
Caráter
ID - Eletivo
Clínica
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS
DESCOMPRESSIVOS)

Nome do Médico Solicitante
MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO
Status da Solicitação
APROVADA
Nome do Médico Executante
MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

Classificação de Risco
Prioridade 3 - Atendimento eletivo
Clínica Complementar
Nenhuma
Código
0408010142

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
paciente com dor e limitação funcional do ombro direito
Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RM + EF
Condições que Justificam a Internação
tratamento cirurgico lesoo manguito + tenoplastia + sinovectomia

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRM

Data de Solicitação
07.06.2017 - 10:50:39

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____

Reg: 123426 NOME: George Serapim Rodrigues APTO:

Cirurgia Realizada: Tratamento de lesão de manguito rotador + tenoplastia de biceps + sinovectomia ombro direito

DATA: 09.06.2017 INICIO: 10:30 HS: MIN: TÉRMINO: 12:00 HS: MIN:

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Marcos R. Serapim	4884		Pequena
1 Auxiliar				Média
2 Auxiliar				Grande
Anestesiologista	Guilherme de Castro			Múltipla
Instrumentador	Guilherme			
Ato:				

1. Assepsia e Antissepsia, 2. Acesso sobre o ombro D, 3. Dissecção por planos, 4. Sinovectomia, 5. Tenoplastia do biceps, 6. Sutura do manguito rotador com ethibond, 7. sutura, 8. Curativo, 9. Ipoia.

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
000000	Agua Biotida 100ml	AMP		000000	Vion 5-0 (Incolor)	ENV		000000	Malha Tubular 12cm	ROL	
000000	Agua Biotida 10ml	AMP	02	000000	Vion 5-0 (Incolor)	ENV		000000	Malha Tubular 15cm	ROL	
000000	Agua Biotida 20ml	AMP		000000	Vion 8-0	ENV		000000	Mascara Descartavel	UND	03
000000	Contrainol 1g	AMP		000000	Vion 7-0	ENV		000000	Polif 2 vias	UND	
000000	Diclofenac 4mg inj.	AMP		Ethibond 8 = 0				000000	Podine Degermante / ml	ML	300
000000	Glicose 25% 10ml inj.	AMP						000000	Povidone Iopos / ml	ML	300
000000	Glicose 50% 10ml inj.	AMP						000000	Sabão Líquido	ML	
000000	Hipoclor 50%	FRS						000000	Sepalhe Descartavel	UND	100
000000	Inovel Pomada 1%	1/4						000000	Seringa Desc. 01cc d'Agulha	UND	
000000	Ketila Neutra 1g	COM						000000	Seringa Desc. 03cc d'Agulha	UND	
000000	Novolona 2ml inj.	AMP						000000	Seringa Desc. 05cc d'Agulha	UND	03
000000	Profanid 100mg inj.	AMP						000000	Seringa Desc. 10cc d'Agulha	UND	03
000000	Soluto Ringer d' Lactato	FRS						000000	Seringa Desc. 20cc d'Agulha	UND	03
000000	Soluto Ringer Simples	FRS						000000	Sonda Uretral 10	UND	
000000	Son. FisioMágico 100ml	FRS						000000	Sonda Uretral 12	UND	
000000	Son. FisioMágico 500ml	FRS	04					000000	Sonda Uretral 14	UND	
000000	Son. FisioMágico 9% 500ml	FRS						000000	Sonda Uretral 16	UND	
000000	Son. FisioMágico 9% off 500	FRS						000000	Sonda Uretral 18	UND	
000000	Xilopans 2% olv	AMP						000000	Sonda Uretral 20	UND	
000000	Xilopans 2% BSG	BSG						000000	Sonda Uretral 20	UND	
DESCARTÁVEIS											
000000	Agulha Descartavel 25 x 12	UND		000000	Agulha Descartavel 25 x 12	UND	02				
000000	Agulha Descartavel 40 x 12	UND		000000	Agulha Descartavel 40 x 12	UND	02				
000000	Alcool Iodado 10%	ML		000000	Alcool Iodado 10%	ML	100				
000000	Aladura Crepon 10cm	ROL		000000	Aladura Crepon 10cm	ROL	02				
000000	Aladura Crepon 12cm	ROL		000000	Aladura Crepon 12cm	ROL					
000000	Aladura Crepon 15cm	ROL		000000	Aladura Crepon 15cm	ROL					
000000	Aladura Crepon 20cm	ROL		000000	Aladura Crepon 20cm	ROL					
000000	Aladura Gessada 10cm	ROL		000000	Aladura Gessada 10cm	ROL					
000000	Aladura Gessada 12cm	ROL		000000	Aladura Gessada 12cm	ROL					
000000	Aladura Ortopedica 10cm	ROL		000000	Aladura Ortopedica 10cm	ROL					
000000	Aladura Ortopedica 15cm	ROL		000000	Aladura Ortopedica 15cm	ROL					
000000	Aladura Ortopedica 20cm	ROL		000000	Aladura Ortopedica 20cm	ROL					
000000	Bandeja Percutânea	UND		000000	Bandeja Percutânea	UND					
000000	Bandeja Raqui	UND		000000	Bandeja Raqui	UND					
000000	Butterfly 15g	UND		000000	Butterfly 15g	UND					
000000	Butterfly 21g	UND		000000	Butterfly 21g	UND					
000000	Butterfly 23g	UND		000000	Butterfly 23g	UND					
000000	Butterfly 25g	UND		000000	Butterfly 25g	UND					
000000	Camisola Descartavel	UND		000000	Camisola Descartavel	UND	01				
000000	Compressa Cirurgica	UND		000000	Compressa Cirurgica	UND	05				
000000	Elektro Descartavel	UND		000000	Elektro Descartavel	UND	05				
000000	Enterox 500ml	UND		000000	Enterox 500ml	UND					
000000	Esparadrapo 10 x 45	CM		000000	Esparadrapo 10 x 45	CM	100				
000000	Éter Sulfônico / ml	ML		000000	Éter Sulfônico / ml	ML					
000000	Gase 91 x 91	UND		000000	Gase 91 x 91	UND	100				
000000	Gase Furacada	UND		000000	Gase Furacada	UND					
000000	Coro Descartavel	UND		000000	Coro Descartavel	UND	06				
000000	Injeção Air II, 2,4 M	UND		000000	Injeção Air II, 2,4 M	UND					
000000	Injeção Padão	UND		000000	Injeção Padão	UND	01				
000000	Lamina Bisturi Nº 11	UND		000000	Lamina Bisturi Nº 11	UND					
000000	Lamina Bisturi Nº 15	UND		000000	Lamina Bisturi Nº 15	UND	01				
000000	Lamina Bisturi Nº 20	UND		000000	Lamina Bisturi Nº 20	UND	01				
000000	Luxa Descartavel Nº 7.0	PAR		000000	Luxa Descartavel Nº 7.0	PAR	01				
000000	Luxa Descartavel Nº 7.5	PAR		000000	Luxa Descartavel Nº 7.5	PAR	01				
000000	Luxa Descartavel Nº 8.0	PAR		000000	Luxa Descartavel Nº 8.0	PAR	03				
000000	Malha Tubular 10cm	ROL		000000	Malha Tubular 10cm	ROL					

CIRURGIÃO:

Marcos R. Serapim
Ortopedia
Cirurgia Joelho e Ombro
CRM 4884

CIRCULANTE:

Guilherme de Castro
Anestesiologista
CRM 1994

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lins de Azevedo, 379
Tiro 59 020 Natal RN
Confira com original



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GEORGE SERAFIM RODRIGUES Idade: 34 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg: 121926 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 101-C
Admissão: 09/06/17 08:17 0 dia(s) de internação
Diag.: M751 - Síndrome do manguito rotador | Laceração ou ruptura do manguito.

09/06/2017 19:00		Horários de Aplicação	4884
1)	DIETA LIVRE	(SND)	
2)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	06:00, 18:00 500 500 500	
3)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	06:00, 18:00	
4)	CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	08:00, 20:00	
5)	TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	08:00, 20:00	
6)	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. CASO VÔMITOS	(SN)	
7)	SONDA VESICAL DE ALÍVIO (SVA), Se necessário	(SN)	

Marcelo

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO
CRM - 4884

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 8791
Titul 59.022-820 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

lesão do Mangrão Rotador Direito

PRÉ-ANESTÉSICO:

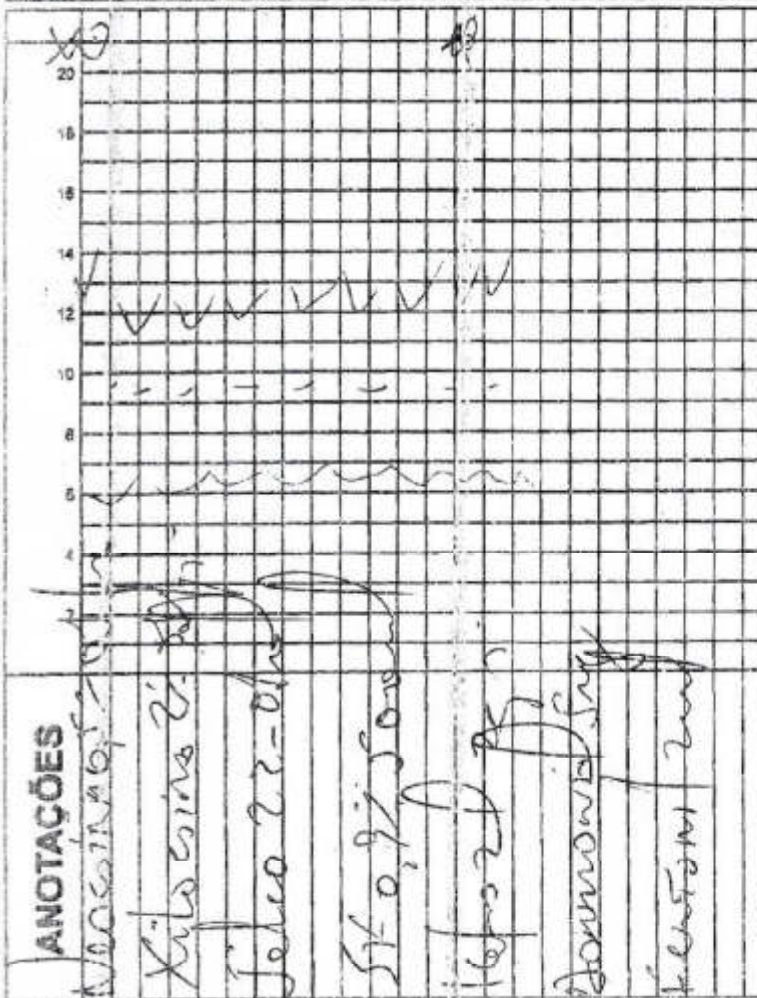
DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Bloqueio do plexo Braquial + Sedação

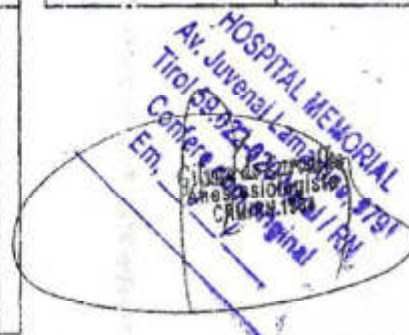
DROGAS USADAS NA ANESTESIA

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000180	Adrenalina	AMP		000180	Narcam	AMP			MEDICAMENTOS		
000181	Água Fisssolvente	AMP		000181	Plasi 10mg	AMP					
000182	Atropina 2%	AMP		000182	Prosigna	AMP					
000183	Clonitina Potássio	AMP		000183	Ketalar	AMP					
000184	Clonitina Sódio	AMP		000184	Qualim 100mg	AMP					
000185	Dilutor 2mg	AMP		000185	Qualim 500mg	AMP					
000186	Dilutor 5	AMP		000186	Rapim	AMP					
000187	Dilutor 10	AMP		000187	Servina	ML					
000188	Dilutor 15mg	AMP		000188	Sol. Ringer Simplex	FRS					
000189	Dilutor 20mg	AMP		000189	Sol. Fisssolvente	FRS					
000190	Eletrol	AMP		000190	Sol. Glucose	FRS					
000191	Faring 1.2ml	AMP		000191	Sol. Ringer Lactato	FRS					
000192	Faring 1.2ml	ML		000192	Thrombol	FRS					
000193	Hidrala	ML		000193	Theodur	AMP					
000194	Hidrala 20	AMP		000194	Valium	AMP					
000195	Hidrala 40	AMP		000195	Xilocaine 1%	AMP					
000196	Insulina	AMP		000196	Xilocaine 2% a/a	AMP					
000197	Lampril	AMP		000197	Xilocaine 2% c/a	AMP					
000198	Martina 0.5 a/a	AMP		000198	Xilocaine Paste	AMP					
000199	Martina 0.5 a/a	AMP									
000200	Martina Paste	AMP									



Intercorrências

DESCRIÇÃO	
Oxímetro	SIM
Cardioscópio	SIM
Capnógrafo	SIM
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	1 litro
Protóxido Líquido	



INÍCIO ANESTESIA	INÍCIO CIRURGIA	DATA
12:30	12:30	09-06-2017
FINAL CIRURGIA	FINAL ANESTESIA	ANESTESIOLOGISTA
12:40	12:40	Gilvan de Carvalho
		CRM: 1904

114 40475

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: GEORGE SERAFIM RODRIGUES Idade: 34 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 121926 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 101-C
Admissão: 09/06/17 08:17 0 dia(s) de internação
Diag.: M751 - Síndrome do manguito rotador | Laceração ou ruptura do manguito

09/06/2017 12:29

Horários de Aplicação

4884

- | | Horários de Aplicação |
|---|-----------------------|
| 1) DIETA LIVRE | SND |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas. | 500 500 500 500 |
| 3) DIFIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
DILUIR EM 8 ML DE ABD | 18. 24, 06 12 |
| 4) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL)
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD. | 16. 24 |
| 5) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9% | 22 06 |
| 6) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PIASIL)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
CASO VÔMITOS | SN |
| 7) SONDA VESICAL DE ALÍVIO (SVA), Se necessário | SN |

Marcelo Rêgo

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO
CRM - 4884





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

Registro: **121926** Nº Internação: **1**

Nascimento: **15/04/1983** 34 anos Data Internação: **09/06/2017 08:17:25** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ASPECTO GERAL

☒ - Ac. Venoso ☒ - Acianótico Observações:
Pálido Tremores
Vômitos Sudorese

Diurese: Espontânea

FERIDA OPERATÓRIA

☒ - Oculta Sangramento
Drenos Fixadores
Tala Tração
Edema Hematomas

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **70**
Pulso: **72**

Temperatura: **36,6** °C
Respiração: **16**

Observações:

RAIO X

Observações/QTD

Pré:

Pos:

Queixas do Paciente:

Observações Gerais:

PACIENTE RETORNOU DO CC EM POI DE LESÃO DE
MEMBRANO ROTADOS, NA HV, EM USO DE ATB, COM
MEDICAÇÃO DE HORARIO, AFERIDOS SINAIS VITAIS,
SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

09/06/2017 13:47:06
COREN - 1005134

ELIANE SANTOS RODRIGUES

OBSERVAÇÕES GERAIS

ADMINISTRADOS:

16:00HS 1 FRASCO DE KEFAZOL+10ML DE ABD IV

18:00HS 1 AMPOLA DE DIPIRONA + 8 ml de ABD IV

ESTADO GERAL

Consciente

Acianótico

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Vesical: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110** X **80**

Pulso: **78**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **20**

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA
Oral
Cts:

Eliminac. intestinal: ABSENTE NO MOMENTO

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PCT EM PÓS OPERATORIO DE CMBRO CONSCIENTE ORIENTADO, COM AVP EM MSE
VIABILIZANDO HV ADMINISTRADO MEDICAÇÕES, SEGUE SEM INTERCORRENCIAS AOS
CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

09/06/2017 12:12:52

COREN - 988928
JESSICA GOMES DA SILVA



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxnet.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

Registro: **121926** Nº Internação: **1**

Nascimento: **15/04/1983** 34 anos Data Internação: **09/06/2017 08:17:25** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 22:00H ADMINISTRADO TRAMAL 1AMPOLA IV
AS 00:00H ADMINISTRADO DIPIRONA 1AMPOLA IV
AS 00:00H ADMINISTRADO CEFAZOLINA 1FRASCO IV
AS 06:00H ADMINISTRADO TRAMAL 1AMPOLA IV
AS 06:00H ADMINISTRADO DIPIRONA 1AMPOLA IV

10/06/2017
COREN - 958978

JESSICA GOMES DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Corado
Acianótico
Deambulação
Com auxílio

Eliminag. Viscerais: **PRESETE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110** X **70**

Pulso: **98**

Temperatura: **36,8** °C

Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Alcanta Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS ATÉ AO MOMENTO

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM CONCIENTE ORIENTADO EM AS AMBIENTE ENCONTRA-SE EM POS OPERATORIO DE LESAO DE MANGUITO ROTADOR OMBRO DIREITO, NA HVP, ESTA SENDO MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MEDICA, SSVV ESTAVEIS FOI HIGIENIZADO TROCADO HOUPIAS DE CAMA + VESTES PESSOAIS, PCT ENCONTRA-SE DE ALTA HOSPITALAR SEGUE NO LEITO SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

10/06/2017 09:24:39
COREN - 1109514

Jucilene

Limpeza: **S.F.O. 9% GAZES, LUYA DE PROCE**

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Condições do Leito: **COM PRESENÇA DE SECREÇÃO EM GAZE**

Localização: **OMBRO**

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Geroso

☐ Purulento

☒ Sanguinolento

☐ Serossanguinolento

☐ Piosanguinolento

☐ Sem Exsudato

PELE - PERILESIONAL

☒ Inteira

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Eritemática/Dermatite

☐ Macerada

BORDAS

☐ Distintas

☐ Irregulares

Quantidade: **Pequeno**

Odor: **Característico**

OBSERVAÇÕES GERAIS

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.972-90 Natal / RN
Confere com original
Em

10/06/2017 10:30:58
COREN - 968653

BRENDA SANDRINELLE FIGUEIREDO DE LIMA



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

Registro: **121926** Nº Internação: **1**

Nascimento: **15/04/1983** 34 anos Data Internação: **09/06/2017 08:17:25** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

OBSERVAÇÕES GERAIS

08HS ADM 1 FRASCO AMP DE KEFAZOL 1G EM 10 ML DE ABED EV

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOFANHADO DE MAQUEIRO EFAMILIAR LEVANDI

CONSIGO TODOS OS SEUS PERTENCES.

Jucilene

10/06/2017

COREN - 1109514

JUCILENE SABINO FORTUNATO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Solicito :

RISCO CIRURGICO

Marcelo Rêgo
Ortopedia
Cirurgia Joelho e Ombro
CRM 4884

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DO COMERCIO E INDUSTRIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
AGENCIA NACIONAL DE TRAFEGO AEREO

Nome: GEORGE BRADY ROBERTSON

1333709166

931607851

15/05/2012

15/05/2012

15/05/2012

PARAIBA

JOSE LACERDA
CAVALCANTE
NETO:063136134
06





JOSE LACERDA
CAVALCANTE
NETO:063136134
06





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013222017408

CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0101721621-1 00/00000000 2017

DIEGO GOMES AYRES CALHEITE

08801634455

KM6911/PB

KM6911 RJ 9C2ND1110FR029900

PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLIC

HONDA/XRE 300

2 P/291/CI

PRETA

0000000000

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0000000000

SEGURO P A G O 18/07/2017

SEM RESERVA DE DÁMINIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

TAPERA - PB 42234

15/08/2017 35505

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013222017408 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 15/08/2017

VIA 1 08801634455

RENDAVAM 0101721621 HONDA/XRE 300

2014 9 9C2ND1110FR029900

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

18/08/2017

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587609 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE SERAFIM RODRIGUES **Data do acidente:** 27/03/2017 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO NO MANGUITO ROTADOR OMBRO DIREITO.
FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. PG6,18,20,47,55,56

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OMBRO E PERNA -OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GEORGE SPINAFIM RODRIGUES, brasileiro(a),
estado civil CASADO, profissão AUTÔNOMO, CI RG nº
2251949, CPF/MF nº 048.531.464-90 residente e domiciliado(a)
à Rua JOSÉ ANTONIO DA ROCHA, Cidade de
CAMPINA GRANDE, Estado PARAÍBA, CEP:
58400-000, telefone _____.

OUTORGADO: JOSÉ LACERDA CARVALHANTO NETO, BRASILEIRO
SOLTEIRO, PROFISSIONAL LIBERAL, CNPJ/CPF 063136134-06
sob o n.º _____, com endereço profissional à
Rua JOSÉ LINS DO REGO, 781, na cidade de
CAMPINA GRANDE, Estado do PARAÍBA.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

C. GUARÁ, 01 de AGOSTO de 20 19.

4º CARTÃO
FECHINE

George Spinafim Rodrigues
OUTORGANTE

Perceba, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
GEORGE SPINAFIM RODRIGUES, brasileiro(a), estado civil
CASADO, profissão AUTÔNOMO, CI RG nº 2251949, CPF/MF nº
048.531.464-90, residente e domiciliado(a) à Rua JOSÉ ANTONIO DA
ROCHA, Cidade de CAMPINA GRANDE, Estado de PARAÍBA, CEP:
58400-000, telefone _____.

Selo Digital: A7/99005-91B
Confira a autenticidade em <https://seuoficial.tpb.gov.br>

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360763/19

Vítima: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

CPF: 048.531.464-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/03/2017

Titular do CPF: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO : 063.136.134-06

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GEORGE SERAFIM RODRIGUES : 048.531.464-90

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: 16/10/2019
Nome: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO
CPF: 063.136.134-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: LUCAS GARBO GALVAO
CPF: 410.146.078-76

JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO

LUCAS GARBO GALVAO