

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01845-7

CONTA: 000000009814-0

---

Nr. da Autenticação 4ADFE5C9C6BE65D7

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190327785 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA. P4  
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO. P4

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P7/15/23/24/33  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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          |
| Total   |  |  | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190327785

Vítima: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 11/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

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

Recebedor: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001845-7

Conta: 000009814-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CPF:

Tel. (DDD):

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

RENDAMENTO:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascor)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário, com autenticidade

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO RECEBIDO

16 MAI 2017

TERRA MO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018031000136

1.2 Data de Expedição: 09/05/2018 17:11:59

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/03/2018 18:30:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.7 Logradouro: RUA FLORIANÓPOLIS

2.10 Complemento:

2.9 CEP:

2.12 Bairro: POTENGI

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE A IGREJA MARIA MÃE

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

3.2 Estado civil: União Estável

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: ROBERTO SOARES

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: CÍCERA MARIA DA SILVA SOARES

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual: Heterossexual

3.9 CPF: 91560721472

3.10 Identidade de Gênero: Intersexo

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 22/04/1975

3.13 Profissão: POLICIAL MILITAR

3.14 RG: 14888 - PM/RN

3.15 Telefone(s): 84 998748006

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 55

3.18 Naturalidade: RIO DE JANEIRO - RJ

3.19 Bairro: JARDIM PETRÓPOLIS

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA DOS ANTÓRIOS

3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3.24 CEP: 59290000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2JC4110DR108756

7.1.4 Renavam: 504472160

7.1.5 Placa: OUX7558

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.9 Ano do Modelo: 2013

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: O CONDUTOR É A PRÓPRIA VÍTIMA

7.1.18 Observações: CNH DO CONDUTOR: 04814172665 - CATEGORIA AB/RN

PROTOCOLO  
RECEBIDO

16 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA RELATAR; QUE NO LOCAL, DATA, E LOCAL ACIMA MENCIONADAS; QUE FOI VISITAR SUA GENITORIA, E QUE AO RETORNAR PARA SUA RESIDENCIA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA; QUE SEGUIA NA VIA ESQUERDA DA RUA; QUE TRAFEGAVA UM VEÍCULO TIPO GOL, DE COR BRANCA NA CONTRAMÃO; QUE AO ENTRAR EM UM CRUZAMENTO, TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA NA PARTE CENTRAL DA, COM O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE; QUE DEVIDO A COLISÃO FOI ARREMESSADO POR CIMA DA SUA MOTOCICLETA; OCASIONANDO UMA GRANDE QUEDA; QUE SOFREU FRATURAS NA FÍBULA, E TÍBIA DA PERNA ESQUERDA, E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI ATENDIDO PELO SERVIÇO DO SAMU, SOB O Nº OCORRÊNCIA 194853/1, EM SEGUIDA REMOVIDO PARA O HOSPITAL WÁLFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 11566/2018, ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS, NADA MAIS DISSSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE BOLETIM PARA FINS DE PLEITO DE SEGURO DPVAT

AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE/VÍTIMA

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO



O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 09/05/2018 17:11:59

Policial

Interessado

Policial direito

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p align="center"> <b>PREFEITURA DO NATAL</b><br/> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br/> <b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA</b><br/> <b>SAMU 192 NATAL</b> </p> |  <p align="center"> <b>SAMU</b><br/> <b>192</b> </p> |
|---|--|---|

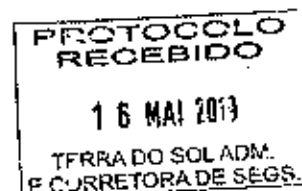
### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 11/03/2018, aproximadamente às 18h38min, na rua Florianópolis, Potengi, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 194853/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 09 de maio de 2018.

  
 (Stamp: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - NATAL)

**Everton da Silva Rocha**  
 Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal  
 Matrícula nº 61.096-08



08/05/2018

10.0.0.100/SSONatal/\_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=194853&amp;Digito=1&amp;ReadOnly=1

## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 194853/1

Data: 11/03/2018

CHAMADO

TARM: OTÁVIO CÂMARA DA SILVA

Médico Regulação: SANDERSON PALHARES FARIAS DE OLIVEIRA

Rádio Operador: EWERTON ALEXANDRE VIEIRA SANTOS

Médico Cena: ANDRÉ SIQUEIRA ABRANTES

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 08 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Equipe VTR: MARIO LUIZ DE SOUSA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA.  
FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: MARIA QUEIROS

Telefone: (84) 99999-5649

Nome do Paciente:

NEEMAS RICARDO DA SILVA SOARES

Idade: \*

42 ANO(S)

Sexo: \*

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA FLORIANÓPOLIS

Nº: VP

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CONJ SANTA CATARINA /// PX A IGREJA CATÓLICA SANTA MARIA MÃE //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

11/03/2018 18:40:42 - Dr(a). SANDERSON PALHARES FARIAS DE OLIVEIRA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO COM CARRO - ALERTA MAS AO SOLO COM FERIMENTOS EM EXTREMIDADES

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:  
11/03/2018  
18:38:11Regulação Médica:  
11/03/2018  
18:40:42Solicitação VTR:  
11/03/2018  
18:42:35Saída VTR:  
11/03/2018  
18:42:37Chegada Local:  
11/03/2018  
18:46:19Saída Local:  
11/03/2018  
19:25:29Chegada Destino:  
11/03/2018  
19:41:21Liberação Destino:  
11/03/2018  
20:01:51Liberação VTR:  
11/03/2018  
20:01:59

03/05/2018

10.0.0.100/SSONatalV\_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=1048538&Digito=1&ReadOnly=1

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?\*

Sim Não Não informado

CONDUTA

Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

11/03/2018 19:26:42 - COMUNICADOR

TARM: MARILIA IVANA; FEITO CONTATO COM DR ANDRE (POLITRAUMA)

SELEÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv. prop.:

19:26

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PORTADOR

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:





Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/DOCORIGINAL.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 COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.640.971-106, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEENIAS RICHARDO DA SILVA GONÇALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 915.607.214-72.

do sinistro de DPVAT cobertura TRÁFICO da vítima LEENIAS RICHARDO DA SILVA GONÇALVES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 915.607.214-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

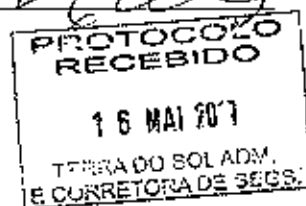
☒ Recuso informar

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>FAZENDA NOVA</u>       | Número: <u>2</u>      | Complemento: _____                 |
| Bairro: <u>CIDADE DAS PEDREIRAS</u> | Cidade: <u>NATAL</u>  | Estado: <u>RN</u>                  |
| E-mail: _____                       | CEP: <u>59070-390</u> | Tel. (DDD): <u>(84) 28779-0612</u> |

Local e Data: NATAL 15.05.2017

André da Cruz Gonçalves  
Assinatura do Declarante





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 11566 /2018

Admissão: 11/03/2018 19:48:33

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 64969 - NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES (42 a 10 m 19 d)

Nascimento: 22/04/1975 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 91560721472

Prof:

Mãe: MARIA

Pai:

Logradouro: FLORIANOPOLIUS, 1

CEP: 59015380

Bairro: POTENGI

Cidade: NATAL

Telefone: .

Compl: LOCAL DO ACIDENTE

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 11/03/2018 19:41:46

| HORA | P.A.   | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|--------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
|      | 130x90 |     | 97%   |      | 24   | 99   |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |      |       |         |     |

#### HISTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAP MOTO CARRO/FRATURA EM TNZ.F +DOR LOMBAR

Hora: 19:55

Colisao moto - carro. Ferimento abrasivo com curativos realizados antes da chegada do SAMU. Dor por fratura de coluna. Relato de fratura de coluna.

PROTOCOLO  
RECEBIDO

16 MAI 2018

TERIA DO SOLADM  
E CONCRETOR DE SESS.

#### EXAME FISICO (PRIMARIO)

A. Bom estado geral, sem crepitações.

B. MV + bilateral

C. PA: 130x90 / FC: 99 / Sat: 98%.

D. Glasgow 15

E. dor na região do dorso + imobilização na ASB

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

\*Saída: -

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL**  
**Admissão de Internamento Hospitalar**

Nº FIA: 2343 /2018

Prontuário: 1169192

Paciente: 64869 - NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES  
 Cartão SUS: CPF: 91560721472 Dt Nasc: 22/04/1975  
 Idade: 42 anos 10 meses 19 dias Sexo: M Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO  
 Nome da mãe: MARIA  
 Nome do pai: Nº: 1  
 Rua/Av: FLORIANOPOLIUS Bairro: POTENGI  
 Complemento: LOCAL DO ACIDENTE  
 CEP: 59015380 Cidade: NATAL  
 Telefone: 84 32327500 84 32327500 Unidade: OBS II Leito: 911  
 Especialidade: ORTOPEDICA  
 Responsável: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES -  
 Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

|                               |       |        |                      |
|-------------------------------|-------|--------|----------------------|
| Admissão: 11/03/2018 21:30:21 | Alta: | Óbito: | Dias de permanência: |
|-------------------------------|-------|--------|----------------------|

DIAGNOSTICO INICIAL: T12 - FRATURA DO MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO  
 415010012 -

DIAGNOSTICO FINAL:

**RESUMO DE ALTA**

11628  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 [Assinatura]  
 Secretário

NATAL, 11 de Março de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clávis Serinho

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO

7 - CRES

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

8 - CRES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

9 - NOME DO PACIENTE

10 - Nº DO PROTOCOLO

11 - CAPTAÇÃO NACIONAL / SUS

12 - DATA DE NASCIMENTO

13 - SEXO

14 - MARCA DO

15 - Nº DO

16 - NOME DA MÃE EM RESPONSAVEL

17 - NOME DA MÃE EM RESPONSAVEL

18 - TELEFONE DO CONSULTÓRIO

19 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA FLORIANO POLIUS, 01

20 - MUNICÍPIO

21 - BAIRRO

22 - UF

23 - CEP

NATAL

POTENGI

RN

59015-380

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

25 - HISTÓRICO DO DOENTE

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

27 - EXAME FÍSICO

28 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

29 - EXAMES DE LABORATÓRIO

30 - DIAGNÓSTICO INICIAL

31 - CID INICIAL

32 - CID SECUNDÁRIO

33 - LAJOS ASSOCIADOS

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

35 - TIPO TÉCNICO

36 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

37 - NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

38 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

39 - LEXO TÉCNICO

40 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

41 - CT SOLICITADO

42 - CRES

43 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIAS)

44 - TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

45 - CID DA SEGURADORA

46 - Nº DO PRIMEIRO

47 - Nº DO PRIMEIRO

48 - TIPO DE ACIDENTE DE TRABALHO

49 - CID

50

51

52 - TIPO DE ACIDENTE DE TRAFEGO

53 - CID PRINCIPAL

54 - CID SECUNDÁRIO

CONFERE COM ORIGINAL

AUTORIZAÇÃO

55 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

56 - NOME DO PROFISSIONAL PARCEIRO CONTROLADOR

57 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

58 - UF AUTORIZ.

59 - CID AUTORIZ.

60 - CRES / CPF

61

62 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO



O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DA CADERA DOS PÉS, VEJA, NÃO APENAS OLHE, OUÇA, NÃO APENAS ESOUTE, SINTA NÃO APENAS TOQUE

# EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

A (ALERGIAS): Não  
M (MEDICAÇÃO EM USO): Loxotano  
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):  
L (LÍQU E ALIMENTOS INGERIDOS):  
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):  
V (PASSADO VACINAL): Atualizado

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

RX de torax, 1 RX do  
membro inferior esquerdo  
+ radiografia de  
perna

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

FRATURA DE PERNA (E) OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

① EPN 100ml (100) 100ml  
TAXAL 100ml

2. RX de GAT  
LUXACAO GAT

Dr. Kalluandro Medeiros  
Urologia - Andrologia TISSOT  
CPF: 751.455.574-01  
CRM-RN 3660

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

|                 |                 |                    |                       |
|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------------|
| ESPECIALISTA 1: | <u>Urologia</u> | HORA: <u>20:30</u> | DATA: <u>11/03/16</u> |
| ESPECIALISTA 2: |                 | HORA:              | DATA:                 |
| ESPECIALISTA 3: |                 | HORA:              | DATA:                 |

Dr. Kalluandro Medeiros

1984

Nome do paciente (E) por central  
de notificação

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

Nome do paciente (E) por central  
de notificação

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

OUTROS

CONDIÇÃO CLÍNICA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

Outros procedimentos

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

INTERMUNICANDO ESPECIALIZADO 2

Dr. Vitorino  
Osteodis - C  
CRM 1554  
CPF 055





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarrinho

BOLETIM  
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: NEEMIN DORMO R. S. S.

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Tibia e Fíbula E

Indicação terapêutica: III cirurgia de # de Urgência ( ) Eletiva ( )

INTERVENÇÃO

Data: 10/10/2010 Início: 10h Término: 12h

Operador: Dr. Mario

Duração:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

CRM/CRO:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

ACUMULADO EM DURAÇÃO SOB  
ANESTESIA + ANTIBIÓTICO + CORTICÓIDES  
PERMANENTE EM FÓRMULA + FÓRMULA + EXTERNO  
EM MIE, COM FÓRMULA

Dr. Mario Almeida de A. S.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 544.127-0/00 27.02.10

19/10/10  
CONFERE COM ORIGINAL

este de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

este de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

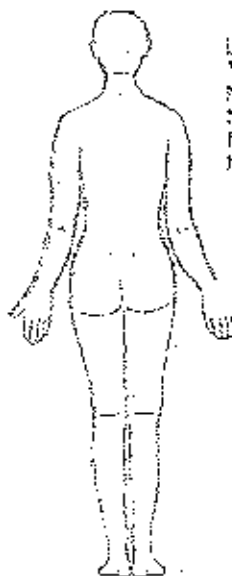
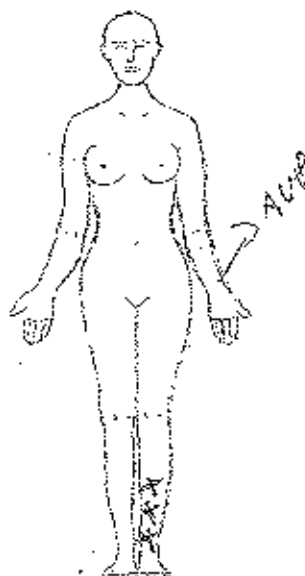


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Serrinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Neemias Ricardo da Silva Soares  
DATA DE NASCIMENTO: 22-04-1975 IDADE: 42  
REGISTRO: 116.9192  
DATA DE ADMISSÃO: 18-03-2018 HORA: 9:20  
ADMISSÃO DO PACIENTE:  
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Antepedro  
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO ( ) VIA: PERIFÉRICO (X) ACESSO CENTRAL ( )  
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL ( ) AGITADO ( )  
INCONSCIENTE ( )  
ESTADO GERAL: SEM ( ) REGULAR ( ) GRAVE ( )  
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) M.V. ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADOR ( )  
ALÉRGICO: SIM ( ) NÃO (X) HIPERTENSO: SIM ( ) NÃO (X)  
DIABÉTICO: SIM ( ) NÃO (X) ASMÁTICO: SIM ( ) NÃO (X)  
DOENÇA RENAL: SIM ( ) NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS:  
MEDICAÇÕES EM USO: MOSE  
CIRURGIAS ANTERIORES:  
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM ( ) NÃO ( )  
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRIOTOMIA: LL HORA:  
ÁREA DE PUNÇÃO: LL HORA:  
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRIOTOMIA



Lote Número: V06883792 Fabricação: 08/2018 Validade: 03 Anos Código: 2.345 Quantidade: 08 PCS  
Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL  
Nome Comercial: PINO DE SCHANZ  
Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 240 MM  
Número de Registro ANVISA: 80048530010 Mat.Fabric: ASTM F138  
Implante: Implante de Materiais Médicos e Hospitalares Ltda.  
R. Alberto Melo da Costa, 129 - Campina/SP CEP: 13086-713  
Resp.Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP 5083350958  
Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertências e Instruções de Esterilização: ver Instrução de Uso  
**PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - RTO**  
Produto Médico Invasivo Classe 3

17/02/18  
CONFERE COM ORIGINAL  
Servidor

JELCO Nº: 1 ACESSO CENTRAL:  
INSTRUMENTADOR: Auxiliadora  
CIRCULANTE: Spencer  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUÍDICA (X) PERIDURAL ( ) SPIN ( ) LOCAL ( )  
RES:  
ANESTESIA: Clorprom + 23 Vital  
INÍCIO DE ANESTESIA: 9:25  
TÉRMINO DE ANESTESIA:  
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolin 200 + 240 mg gentamicina

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2343 /2018

Prontuário: 1169192

Paciente: 64969 - NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

Cartão SUS:

Idade: 42 anos 10 meses 19 dias

Sexo: M

CPF: 91560721472

Dt Nasc: 22/04/1975

Nome da mãe: MARIA

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome do pai:

Rua/Av: FLORIANOPOLIUS

Complemento: LOCAL DO ACIDENTE

CEP: 59015380

Nº: 1

Bairro: POTENGI

Telefone: 84 32327500 84 32327500

Cidade: NATAL

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: OBS II

Responsável: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES -

Leito: 911

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 11/03/2018 21:30:21

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: T12 - FRATURA DO MEMBRO INFERIOR, NIVEL NÃO ESPECIFICADO  
415010012 -

DIAGNOSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

191628  
CONFERE COM ORIGINAL  
SEPARADOR

TAL, 11 de Março de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

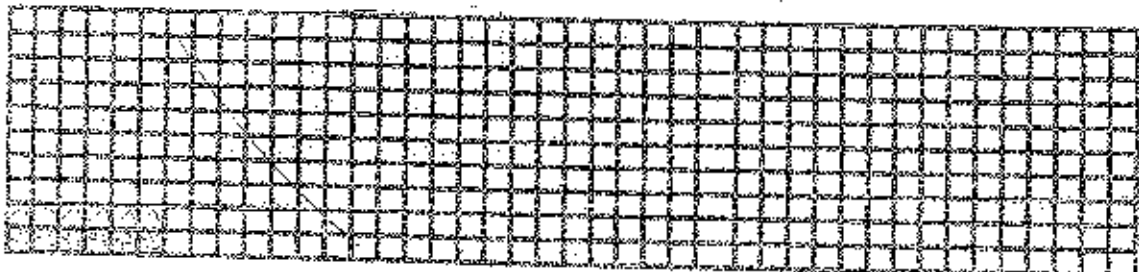
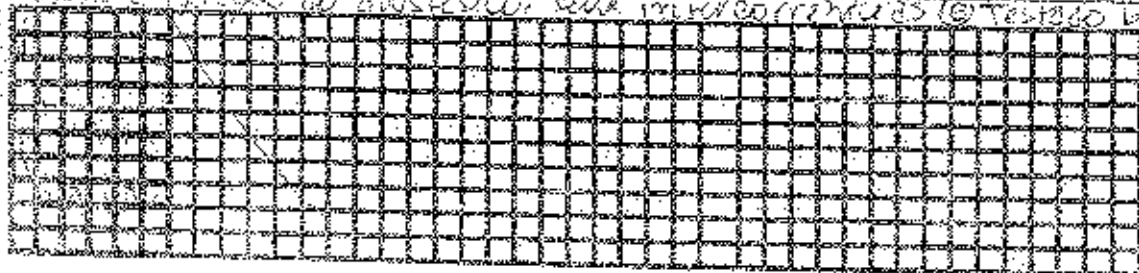
Pronto Socorro Cláudio Sarinho

## FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Wagner - Renato da Silva SantosASA: 2Idade: 47Sexo: MRegistro: 1169192Diagnóstico: Lesão medular de nível T12 e lesões esqueléticasData: 12/03/18Cirurgia Realizada: Laminectomia de foramen externoCirurgião: WagnerAuxiliar: NeurológicaAnestesiologista: Wagner + R. V. V.Enfermagem: Marcia

História Clínica Admissional: Colisão moto/carro, paciente era condutor da mo-  
tor e estava de cabeça para baixo no momento da colisão. Hiperten-  
são arterial, uso de medicação para diabetes, hipertensão arterial.  
Retorno > 2h.

Técnica Anestésica: Supina. Rotação lateral - OPR. Oximetria - saturação  
de 98% em 21% de O2. Pressão arterial - 120/80 mmHg. Sinais vitais -  
estáveis. Temperatura - 36,5°C. ECG - normal. Monitorização -  
contínua. Anestesia - inalatória. Indução - propofol. Manutenção -  
propofol e N2O/O2. Monitorização - contínua. Retorno > 2h.

Tempo: 34:15:40Verminal: LOP/10-10

## Anestésicos Utilizados:

1. Propofol 2mg/kg EV2. Propofol 2mg/kg EV3. Propofol 20% EV4. Propofol 20% EV5. Propofol 20% EV6. Propofol 20% EV7. Propofol 20% EV8. Propofol 20% EV9. Propofol 20% EV10. Propofol 20% EV11. Propofol 20% EV12. Propofol 20% EV13. Propofol 20% EV14. Propofol 20% EV15. Propofol 20% EV16. Propofol 20% EV2. Propofol 20% EV3. Propofol 20% EV4. Propofol 20% EV5. Propofol 20% EV6. Propofol 20% EV7. Propofol 20% EV8. Propofol 20% EV9. Propofol 20% EV10. Propofol 20% EV11. Propofol 20% EV12. Propofol 20% EV13. Propofol 20% EV14. Propofol 20% EV15. Propofol 20% EV16. Propofol 20% EV

Encaminhamento: Para tratamento cirúrgico de lesão medular, com  
monitorização contínua de sinais vitais e saturação de O2.

Wagner  
 Assinatura do Anestesiologista - CRM





POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE  
DIRETORIA DE SAÚDE  
HOSPITAL CENTRAL CORONEL PEDRO GERMANO

REGISTRO DE INTERNAMENTO

AIH: Registro: 95358 Data: 16.03.19 Hora: 14.50

Clinica: ☐ Cirúrgica ☐ Obstétrica ☐ Médica ☐ Pediátrica

Apto./Enf.: E Leito: 503 Médico: Data da Cirurgia: 1/1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CPF: 915 607 214-72 DATA DE NASCIMENTO: 22.04.75  
NOME: Neemias Ricardo da Silva Soares  
SEXO: ☐ M ☐ F COR: Branco NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casado IDENTIDADE / EXP: 14988

ENDEREÇO (Rua, Av. e Nº): R. dos Antunes 55 Cidades das Pedras, Jardim S. Gonzalo  
FILIAÇÃO (Pai, Mãe): Volante Soares, Cícero Maria da Silva Soares

PROFISSÃO: Soldado P.M. LOCAL DE TRABALHO:   
RESPONSÁVEL: Edilmar Lemos de Melo FONE: 3664 9647

ENDEREÇO:   
Bairro: 8826 5158

| CONVÊNIO | MATRÍCULA | CATEGORIA | PROCEDIMENTO | T. PERMANÊNCIA |
|----------|-----------|-----------|--------------|----------------|
|          |           | Militar   |              |                |

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR DE INTERNAMENTO

SUMÁRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: CID:   
HORA:   
DATA:   
CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado

Tipos de Alta: ☐ Médico ☐ Administrativa ☐ A pedido ☐ Evasão ☐ Óbito

| CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO | CPF | RESP. P.S. DE INTERNAMENTO |
|--------------------------------|-----|----------------------------|
|                                |     |                            |

AUTORIZAÇÃO DE ALTA

ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ CONFERE COM CÍDADA ☐ ÓBITO ☐  
Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Serviço Social: \_\_\_\_\_ Lavanderia: \_\_\_\_\_ Nutrição: \_\_\_\_\_  
Tesouraria: \_\_\_\_\_ Enfermagem: \_\_\_\_\_ S. Internação: \_\_\_\_\_

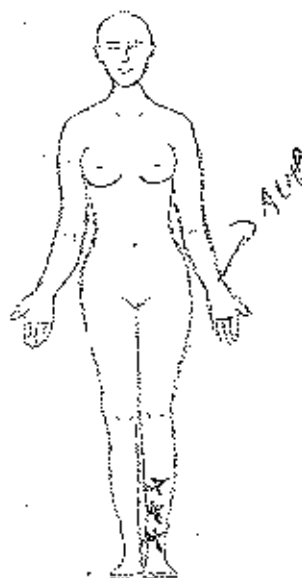


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clávis Sarinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Valmíria Ribeiro da Silva Soares  
DATA DE NASCIMENTO: 22-04-1975 IDADE: 42  
REGISTRO: 116 9192 HORA: 9:20  
DATA DE ADMISSÃO: 18-03-2018  
ADMISSÃO DO PACIENTE: Oxigenação  
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Oxigenação  
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO ( ) VIAL PERIFÉRICO: (X) ACESSO CENTRAL: ( )  
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL ( ) AGITADO ( )  
INCONSCIENTE ( )  
ESTADO GERAL: SOM (X) REGULAR ( ) GRAVE ( )  
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) M.V. ( ) ENTUBADO ( ) TRACHEOSTOMIZADO ( )  
ALÉRGICO: SIM ( ) NÃO (X) HIPERTENSO: SIM ( ) NÃO (X)  
DIABÉTICO: SIM ( ) NÃO (X) ASMA: SIM ( ) NÃO (X)  
DOENÇA RENAL: SIM ( ) NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: \_\_\_\_\_  
MEDICAÇÕES EM USO: Meto  
CIRURGIAS ANTERIORES: \_\_\_\_\_  
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM ( ) NÃO ( )  
OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

ÁREA DE TRICOTOMIA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ÁREA DE PUNÇÃO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote Número: V08883792 Fabricação: 08/2018 Validade: 03 Anos Código: 2.345 Quantidade: 08 PCS  
Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL  
Nome Comercial: PINO DE SCHANZ  
Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM  
Número de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric. ASTM F438  
Impiantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.  
R. Alberto de Azevedo da Costa, 123 - Campinas/SP CEP: 13060-711  
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP 67639/085  
Armazenamento: Cuidados no Manuseio. Advertência:  
Instruções de Esterilização: ver instruções de uso  
**PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - NTO**  
Produto Médico Invasivo Classe II

19752  
CONFERE COM ORIGINAL  
Bispor

INSTRUMENTADOR: Adalberto  
CIRCULANTE: Adalberto  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL ( ) RÁPIDO (X) PERIDURAL ( ) S.P. ( ) LOCAL ( )  
OBS.: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTA: Adalberto + 23 Vital  
INÍCIO DE ANESTESIA: 9:25  
TÉRMINO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANTIBIÓTIQ. ADMINISTRADO: Clavexina 200s + 240mg, gentamicina

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sampaio

**BOLETIM  
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: NEEMIAS HERMO R. N.º 501Diagnóstico pré-operatório: Fratura Tibia e Fíbula EIndicação terapêutica: T. cirúrgico de # de Urgência ( ) Eletiva ( )MIE e fixação externa **INTERVENÇÃO**

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador: Dr. Mario Araújo M. de Azevedo CRM/CRO: \_\_\_\_\_

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

Paciente em Dor 8/10  
Fratura de Tibia e Fíbula  
em MIE; com fixação

Dr. Mario Araújo M. de Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 501

1985-1  
CONFERE COM ORIGINAL

Folha de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Folha de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?





POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE  
DIRETORIA DE SAÚDE  
HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

LEITO Nº

MÉDICO

CNPJ (MF)

08.293.185/0001-81

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

NOME DO PACIENTE

Nunes Ricardo da Silva Soares

MUNICÍPIO

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. dos Arturios 55 Ed. das Flores Jardins S. Gonzalo

SEXO

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

CEP

DATA NASCIMENTO

MAS

FEM

59290-000

29.04.75

1

3

ASSINATURA DIRETOR CLÍNICO PRECED SOLICITADO

C. INT

DATA EMISSÃO

ASSINATURA DO AUDITOR

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE

- 1 - ACIDENTE DE TRABALHO  
2 - ACIDENTE DE TRÂNSITO  
3 - TENTATIVA DE HOMICÍDIO

- 4 - AGRESSÃO  
5 - TENTATIVA DE SUICÍDIO  
6 - OUTROS ACIDENTES

EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Nº DA CARTEIRA DE TRABALHO

CNPJ (MF) DO EMPREGADOR

EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

CAUSA EXTERNA

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TÍBIA E FIBULA há 5 dias.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Risco à vida

CONFERE COM ORIGINAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESE e EXAME FÍSICO

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE TÍBIA E FIBULA

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTENSO)

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CLÍNICA

CIRURGICA

GINECOLOGIA

CLINICA

1

2

3

TISSOPNEUMOL

PSIQUIATRIA

PEDIATRIA

OUTROS

4

5

6

7

CRM

DATA



POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE  
DIRETORIA DE SAÚDE  
HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

LEITO Nº

MEDICO

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

CNPJ (MF)

08.293.185/0001-81

P  
A  
C  
I  
E  
N  
T  
E

NOME DO PACIENTE

Neuman Ricardo dos Santos

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. das Antilhas 55 - Ed. das Casas - Jardim S. Gonzalo

MUNICÍPIO

UF

CEP

54490-400

DATA NASCIMENTO

22-04-75

MAS

1

SEXO

FEM

3

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

ASSINATURA DIRETOR CLÍNICO PRECED SOLICITADO

C. INT

DATA EMISSÃO

ASSINATURA DO AUDITOR

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE

- 1 - ACIDENTE DE TRABALHO
- 2 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 3 - TENTATIVA DE HOMICÍDIO

- 4 - AGRESSÃO
- 5 - TENTATIVA DE SUICÍDIO
- 6 - OUTROS ACIDENTES

EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Nº DA CARTEIRA DE TRABALHO

CNPJ (MF) DO EMPREGADOR

EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

CAUSA EXTERNA

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Exatidão do diagnóstico e tratamento há 5 dias

CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

RECUPERAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANÁLISES E EXAMES

DIAGNÓSTICO INICIAL

Exatidão do diagnóstico

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTENSÃO)

Exatidão do diagnóstico

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADOR) CPF MÉDICO SOLICITANTE

CLÍNICA

QUIRÚRGICA

1

OBSTÉTRICA

2

CL. MÉDICA

3

TIPO PENUMOL

4

PSIQUIATRIA

5

PEDIAT.

6

OUTROS

7



RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA MILITAR  
DIRETORIA DE SAÚDE HOSPITALAR  
CLÍNICA MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Neemias Ricardo da Silva  
Registro: 95.358  
Léito: E  
Idade: 42 anos  
Internamentos anteriores: Hospital Walfrado Gurgel há 1 dia  
Diagnósticos: Fratura de Tibia e Fíbula E + HAS  
História feita por: Ddo. Julia Alencar  
Data do Internamento: 16/03/18

PRESCRIÇÃO

SSVV

TRANSFUSÕES

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO: Fratura em perna esquerda há 5 dias.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Há 5 dias paciente relata dor súbita em membro inferior esquerda de forte intensidade, desencadeada por fratura de membro por acidente de moto. Admitido hemodinamicamente estável no Hospital Central Coronel Pedro Gerniense, com manutenção da dor.

ISDA: -

ANTECEDENTES PESSOAIS: Paciente hipertenso há 3 meses em uso de Losartana 100 mg/dia. Nega alergias. Desconhece se tomou vacina para tétano. Nega alergias. Nega transfusões.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Pai vivo teve 3 AVC, sendo o primeiro aos 50 anos. A mãe viva tem 77 anos e é hipertensa.

HABITOS DE VIDA: Etilista de 6 L/semana de fermentados (CE:28g/dia), não abstêmio. Tabagista de 1 carteira/semana durante 20 anos (CT: 5,6 maços x ano), abstêmio há 2 anos.

EXAME FÍSICO: TA= 160 X 100 mmHg, FC= 82bpm, Tax= 36,9°C, FR= 20 upm.  
- SEG: vigi, consciente, orientado, eufórico, anorético, hidratado, corado, boa perfusão tissular periférica, sem edema/megalia palpáveis.  
- MMII: Edema +2/+4 em pé esquerdo, elástico, doloroso a fis. Dor a mobilização.

POR QUADRO ATUAL: Paciente após acidente foi admitido no Hospital Walfrado Gurgel, no qual foi realizada cirurgia de fixação da fratura exposta de tibia e fíbula. Sendo encaminhada para este nosocômio para conduta terapêutica.

ESCORES: PADUA = 5 (trauma e diminuição da mobilidade)

PLANOS ADMISSIONAIS:

1. Passar caso para médico assistente.
2. Solicitado Raxo-x de tórax no prontuário. Passar ECG não realizado por máquina de ECG quebrada. Rotina admissional chegou. Passar.
3. Solicitar a médico assistente para carimbar Afi.
4. Suspensão antibioticoterapia pós-operatória de Ceftazolin por ser indicado em até 3 dias em fratura exposta.
5. Sugerir para médico assistente necessidade de iniciar terapia anti-hipertensiva.
6. Questionar médico assistente:  
- Necessidade de solicitar parecer da ortopedia  
- Necessidade de anticoagulação profilática por Padua=5
7. Suspensão HGT para amacha.

CONFERIDO COM ORIGINAL  
Servidor



POLÍCIA  
MILITAR  
HOSPITAL CENTRAL

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

Almeida Ricardo S. Jesus

DA CLÍNICA

ENFERMARIA

A CLÍNICA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Data

Ass. do Médico Consultante

PARECER

Laudo Médico

Paciente com Fratura da  
Punha esquerda, fazendo  
uso de fixador externo  
p/ estabilizar a fratura.  
Deverá fazer tratamento  
cirúrgico com uso de fixador  
definitivo.

CONFERE COM ORIGINAL

Dr. N. Lúcia  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM/RN 3281

29.3.18



POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE  
DIRETORIA DE SAÚDE  
HOSPITAL CENTRAL CORONEL PEDRO GERMANO

REGISTRO DE INTERNAMENTO

AIH: Registro: 95358 Data: 16.03.19 Hora: 14.50

Clinica: ☐ Cirúrgica ☐ Obstétrica ☐ Médica ☐ Pediátrica

Apto./Ent.: E Leito: 503 Médico: (CARIMBO) Data de Cirurgia:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|   |           |                                     |              |                            |                |
|---|-----------|-------------------------------------|--------------|----------------------------|----------------|
| NOME  |           | DATA DE NASCIMENTO                  |              |                            |                |
| Neemias Ricardo da Silva Soares                       |           | 22.04.75                            |              |                            |                |
| SEXO  | COR       | NACIONALIDADE                       | NATURAL DADE | ESTADO CIVIL               | IDENTIDADE, EX |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |           | Brasil                              | R. de Minas  | casado                     | 14988          |
| ENDEREÇO (Rua, Av. e Nº)                              |           | BAIRRO                              |              | CEP                        |                |
| R. das Antenas 55                                     |           | Cidade das Rosas, Jardim S. Gonzalo |              | 59090-000                  |                |
| FILIAÇÃO (Pai, Mãe)                                   |           | LOCAL DE TRABALHO                   |              | RESP. P.S. DE INTERNAMENTO |                |
| Valente Soares, Cecília Maria da Silva Soares         |           | P.M.                                |              | 35649697                   |                |
| PROFISSÃO   |           | LOCAL DE TRABALHO                   |              | ENDEREÇO                   |                |
| Soldado P.M.  |           |                                     |              | 75326515                   |                |
| RESPONSÁVEL   |           | LOCAL DE TRABALHO                   |              | T. PERMANÊNCIA             |                |
| Edmarcio Lima de Melo                                 |           |                                     |              | Militar                    |                |
| ENDEREÇO  |           | LOCAL DE TRABALHO                   |              | T. PERMANÊNCIA             |                |
|   |           |                                     |              |                            |                |
| CONVÊNIO  | MATRÍCULA | CATEGORIA                           | PROCEDIMENTO | T. PERMANÊNCIA             |                |
|   |           | Militar                             |              |                            |                |

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR DE INTERNAMENTO

SUMÁRIO DE ALTA

|   |      |      |
|---|------|------|
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO  | DATA | CO   |
| CONDIÇÕES DE ALTA: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado   | DATA | FOHA |
| Tipos de Alta: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Outro |      |      |

|                                |     |                            |
|--------------------------------|-----|----------------------------|
| CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO | CPF | RESP. P.S. DE INTERNAMENTO |
|                                |     | CONFERE COM ORIGINAL       |

AUTORIZAÇÃO DE ALTA

|                               |  |                                |
|-------------------------------|--|--------------------------------|
| ALTA <input type="checkbox"/> | TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> | ÓBITO <input type="checkbox"/> |
| Data:                         | Hora:                                  | Leito Destino:                 |
| Serviço Social:               | Lavanderia:                            | Nutrição:                      |
| Tesouraria:                   | Enfermagem:                            | S. Internação:                 |



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 31

NOME: Neomias Ricardo da Silva Soares  
IDADE: 22/04/1975 COR: - SEXO: Mas ESTADO CIVIL: Casado  
NATURALIDADE: Rio de Janeiro RJ PROFISSÃO: Militar PROCEDÊNCIA: -  
ENDEREÇO: Rua dos Autores - 55 BAIRRO: Cidade de São Paulo  
CIDADE: São Carlos - SC DATA: 22/04/2018 HORA: 16:45:55

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA PRESSÃO ARTERIAL RESPIRAÇÃO GLASGOW SCORE FINAL TEMP. PULSO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: NEEMIAS RICHARDO DA SILVA SOARES Idade: 42a DN: 12/04/75  
 Pront: 1604 Município: S. C. de Ananias Procedência: ☒ Interno ☐ Externo  
 Data de cirurgia: 12/04/78 Hora Admissão: Bloco: Sala: 3 Hora Saída: 15:00 Peso: 75  
 Urgências: ☐ Não ☐ Sim Comorbidades: ☐ HAS ☐ DM ☐ Outras 3  
 Uso de medicações: ☐ Não ☐ Sim Jejum: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não  
 SS/V Admissão: PA: 120 mmHg Pulso: 72 bpm F: 12 rpm FC: 72 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36 °C  
 Enfermeiro(a): Marlene Instrumentado (a): Clotilde Circulante: Simone  
 Cirurgião: III Américo de Mello da Faria Especialidade: Oftalmologia Sala: 3  
 Hora início: 18:50 Hora término: 20:15 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ☐ Urgência ☐ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infectada  
 1º Cirurgião: Dr. Ricardo Aux: Dr. E. Araújo Residente: ---  
 Anestesia: ☐ Local ☐ Sedação ☐ Geral TOT: ☐ Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. nº LS ☐ Peridural ☐ Cateter ☐ Syntetico  
 Ag. nº --- Cateter nº: --- Início: --- Garrote: ☒ Smarch ☐ Pneumático início: 19:05 término: 20:15  
 Anestesiologista: Dr. L. Costa

| NEUROMUSCULAR                                   | PELE/HIGIENE   | CARDIOVASCULAR/<br>RESPIRATÓRIO                     | DISPOSITIVOS                               | MONITORIZAÇÃO                                 |
|---|--|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente  | <input checked="" type="checkbox"/> Normócorada          | <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso      | <input checked="" type="checkbox"/> Jeico  | <input checked="" type="checkbox"/> ECG       |
| <input type="checkbox"/> Letárgico              | <input type="checkbox"/> Hipócorada                      | <input type="checkbox"/> Hipotensão                 | <input type="checkbox"/> Acesso V. Central | <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria |
| <input type="checkbox"/> Coma                   | <input type="checkbox"/> Cianótica                       | <input type="checkbox"/> Hipertensão                | <input type="checkbox"/> Cat. Diálise      | <input type="checkbox"/> Capnógrafo           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Orientado   | <input type="checkbox"/> Ictérica                        | <input type="checkbox"/> Hipertensão                | <input type="checkbox"/> Fístula           | <input checked="" type="checkbox"/> PA        |
| <input type="checkbox"/> Desorientado           | <input type="checkbox"/> Desidratada                     | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico    | <input type="checkbox"/> Arteriovenosa     | <input type="checkbox"/> Estimul. Nervos      |
| <input type="checkbox"/> Sedado                 | <input type="checkbox"/> Integra                         | <input type="checkbox"/> Bradicardia                | <input type="checkbox"/> SNG               | <input type="checkbox"/> Bifusor              |
| <input type="checkbox"/> Ansioso                | <input type="checkbox"/> C/lesões                        | <input type="checkbox"/> Taquicardia                | <input type="checkbox"/> SVD               | <input type="checkbox"/> BIC                  |
| <input type="checkbox"/> Deambula               | <input type="checkbox"/> Sudorese                        | <input type="checkbox"/> Choque                     | <input type="checkbox"/> Colostomia        | <input type="checkbox"/> Desfibrilador        |
| <input type="checkbox"/> t/dificuldade          | <input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica              | <input type="checkbox"/> Normoesfigmico             | <input type="checkbox"/> Cistostomia       |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado | <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória | <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia         | <input type="checkbox"/> Dreno             |   |
| <input type="checkbox"/> Paraplégico            | <input type="checkbox"/> Higiene deficiente              | <input type="checkbox"/> Dispnéia                   | <input type="checkbox"/> Aparelho gessado  |   |
| <input type="checkbox"/> Tetraplégico           | <input type="checkbox"/> Manchas                         | <input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> Tensão            |   |
| <input type="checkbox"/> Amputações             | <input type="checkbox"/> S/Tricotomia                    |   | <input type="checkbox"/> Telas             |   |

| SINAIS VITAIS | Início                             | Meio      | Fim       | Unid. |
|---------------|------------------------------------|-----------|-----------|-------|
| FC            | <u>80</u>                          | <u>62</u> | <u>72</u> | Bpm   |
| Pulso         | <u>80</u>                          | <u>62</u> | <u>72</u> | Bpm   |
| Oximetria     | <u>98</u>                          | <u>98</u> | <u>97</u> | %     |
| Capnografia   |                                    |           |           | %     |
| PA            | <u>120/90/80 x 70/60 x 70 mmHg</u> |           |           |       |

ACESSO VENOSO

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Punção Arterial                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica |
| <input type="checkbox"/> Punção Venosa Central               |
| <input type="checkbox"/> Dissecção venosa                    |

Local: ---  
 Cateter: ---

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº: ---  
 Retorno: ---

CATETERISMO VESICAL

SVF nº: --- SVA nº: ---  
 Diurese: ---  
 Profissional responsável: ---

EXAMES SOLICITADOS:

☐ Hemograma ☐ Gasometria  
☐ Coagulograma ☐ Outros: ---

| POSICÃO       | COXIM   | MMSS       |
|---------------|---------|------------|
| Dorsal        | Cabeça  | Anatômicos |
| Ventral       | Pescoco | Adornos    |
| Lateral       | Tórax   | Flêidos    |
| Litotômica    | Lombar  | MMH        |
| Trendelenburg |         | Anatômicos |
| Canivete      |         | Abduzidos  |
| Proclive      |         | Flêidos    |

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

☐ Sim ☐ Não ☐ Metal ☐ Descartável

Local: ---

DEGERMAÇÃO ☐ Sim ☐ Não

Local: --- Solução: ---

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: ---

Tela: ---

Cateter: ---

Ostomia: ---

Fio de KC: ---

Placa - Tipo: BCF - 100

Outros: ---

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

---



HOML

HOML

Nº protocolo

Nome do paciente

Neemias Ricardo da Silva Soares

Data operação

10/04/2018

Operador

Dr. Ricardo Araújo

Leito

1º auxiliar

Dr. Carlos Magno

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

GLORIA

Anestesia

Dr. Joana Tomaz

Tipo de anestesia

Bloqueio subaracnóide

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de perna

Tipo de operação

TRO. cirúrgica da fratura de perna

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Paciente com fratura de perna fechada com deslocamento. Realizada a cirurgia de fratura de perna com placa e parafusos. O paciente está em boas condições pós-operatórias.

Dr. Carlos Magno P. de Carmo  
Cirurgião - Traumatologia  
Pernambuco - Brasil  
CRM 2106 - TECT 593  
CPE 123.304 RUC 44

CONFERE COM ORIGINAL





Hospital

do paciente

Nº prontuário

NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

Operação  
dor

Ent.

Leito

1º auxiliar

Data

04/04/2018

3º auxiliar

Instrumentador

Médico

DR. ELSON JOSÉ

Tipo de anestesia

DR. ELSON MIRANDA

Histórico pré-operatório

Tipo de operação

FRATURA PERNA

Histórico pós-operatório

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Realizado durante a operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. CAMPOS ESTÉREIS
4. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
5. CURATIVO
6. BOA PERFUSÃO DISTAL

CONFERE COM ORIGINAL  
ElsonElson Santos Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11571



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  |  | 2- CNES  |  |
| 3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA   |  | 4- CNES<br>0515168                                   |  |
| 5- PACIENTE<br>NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES  |  | 6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO<br>160200                    |  |
| 7- CARTÃO NACIONAL SUS<br>709 2082 8726 9138  | 8- DATA DE NASCIMENTO<br>22/04/1975    | 9- SEXO<br>MASCULINO                                 | 10- RESOLUÇÃO                                |
| 11- NOME DA MÃE<br>CICERA MARIA DA SILVA  |  | 12- TELEFONE DE CONTATO                              |  |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL<br>EDIVANIA LIMA (ESPOSA)   |  | 14- TELEFONE DE CONTATO                              |  |
| 15- ENDEREÇO (RUA, Nº)<br>RUA DAS ANTURIOS, 56  |  |  |  |
| 16- MUNICÍPIO<br>SÃO GONÇALO DO AMARANTE  |  | 17- BAIRRO<br>CIDADE DAS ROSAS                       | 18- UF<br>RN                                 |
|   |  | 19- CEP<br>59290-000                                 |  |
| 20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura exposta da perna E.</i>  |  |  |  |
| 21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>HC + Rx da Perna E.</i>   |  |  |  |
| 22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><i>HC + Rx</i>                         |  |  |  |
| 23- DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>fratura de Perna E</i>  | 24- CID 10 PRINCIPAL<br><i>Perna E</i> | 25- CID 10 SECUND.                                   | 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                 |
| 27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Procedimento Solicitado: Cirurgia de fratura de Perna E.</i>                   |  |  |  |
| 28- NOME DO PROCEDIMENTO  | 29- NÚMERO DO PROCEDIMENTO             |  |  |
| 30- CLÍNICA   | 31- CARÁTER DA INTERNAÇÃO              | 32- DOCUMENTO  | 33- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
|   |  | ( ) CNS ( ) CPF                                      |  |
| 34- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE   | 35- DATA DA SOLICITAÇÃO                | 36- ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO |  |
| Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violências)  |  |  |  |
| 37- ( ) AC. TRÂNSITO  | 38- CTP DA SEGURADORA                  | 39- Nº DO BÔNUS                                      | 40- SÉRIE                                    |
| 41- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO   | 42- CTP DA EMPRESA                     | 43- CNPJ DA EMPRESA                                  | 44- CBOE                                     |
| 45- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO  |  |  |  |
| 45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SELECIONAR |  |  |  |
| 46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  |  | 47- Nº DO ORGÃO EMISSOR                              |  |
| 48- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE   |  | 49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR       |  |
| 49- DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF  |  | 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO                              |  |
| 51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)   |  | 52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR       |  |

CONFERE COM ORIGINAL

Assinador

128628



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

Detorno

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| 1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE   |   | 2- CNES   |  |
| 3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA  |   | 4- CNES<br>3515168  |  |
| Identificação do Paciente  |   |   |  |
| 5- PACIENTE<br>NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES   |   | 6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO<br>160200   |  |
| 7- CARTÃO NACIONAL/SUS<br>706 2082 8726 9136   | 8- DATA DE NASCIMENTO<br>22/04/1975                   | 9- SEXO<br>MASCULINO  | 10- RAÇA/COR   |
| 11- NOME DA MÃE<br>CICERA MARIA DA SILVA   |   | 12- TELEFONE DE CONTATO   |  |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL<br>EDIVANIA LIMA (ESPOSA)  |   | 14- TELEFONE DE CONTATO   |  |
| 15- ENDEREÇO (RUA, Nº)<br>RUA DOS ANTURIOS, 58   |   |   |  |
| 16- MUNICÍPIO<br>SAO GONÇALO DO AMARANTE   | 17- BAIRRO<br>CIDADE DAS ROSAS                        | 18- UF<br>RN  | 19- CEP<br>59290-000   |
| Justificativa de Internação  |   |   |  |
| 20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>18-25 Paciente com pseudoartrite pleural. Chegou por causa de insuficiência renal para preencher exames ultra-sons. |   |   |  |
| 21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>Cirurgia  |   |   |  |
| 22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)  |   |   |  |
| 23- DIAGNÓSTICO INICIAL<br>Pseudoartrite pleural   |   |   |  |
| 24- CID-10 PRINCIPAL<br>25- CID-10 SECUND.<br>26- CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS   |   |   |  |
| Procedimento Solicitado  |   |   |  |
| 27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>Trat cirurgico   |   |   |  |
| 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO   |   |   |  |
| 29- CLÍNICA  | 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>21/2/19                  | 31- DOCUMENTO<br>( ) CNS. ( ) CPF   | 32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>Rogério Santos |
| 33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  | 34- DATA DA SOLICITAÇÃO                               | 35- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO<br>ORÇANOLÓGIA E Traumatologia<br>CRM/RN 1229-58011981 |  |
| Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)  |   |   |  |
| 36- ( ) AC. TRÂNSITO<br>37- ( ) AC. TRABALHO TÍPIDO<br>38- ( ) AC. TRABALHO TRAJECTO   | 39- CNPJ DA SEGURADORA                                | 40- Nº DO BILHETE   | 41- SÉRIE  |
| 42- CNPJ DA EMPRESA  | 43- CNAE DA EMPRESA                                   | 44- CBOE  |  |
| 45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO                                      |   |   |  |
| Autorização  |   |   |  |
| 46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR   | 47- COD. ORGAO EMISSOR                                | 52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 48- DOCUMENTO<br>( ) CNS. ( ) CPF  | 49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE          | 53- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO<br>369214<br>CONF. DATA: 25/04/2019                    |  |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO  | 51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |   |  |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

REMOTRANSFUSÃO:

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expensor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

\_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml  
Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_

ANATOMO PATOLÓGICO

Peca: \_\_\_\_\_  
Peca para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Líquido: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

( ) Limpo ( ) Exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Tetas ( ) Outros: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS: Shock hipovolêmico após cirurgia  
em fase de recuperação no CCU

Ass: Carla Coren: 166014

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado (X) Extubado ( ) Cânula de Guedel (X) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: (X) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de  
respiração ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Drenagem: (X) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúria Destino após a cirurgia: CCU

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

Data: 10/04/18 Nível de consciência: (X) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose (X) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado (X) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> (X) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMIL: ( ) Normal (X) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMiSS: (X) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venooclise: ( ) Não (X) Sim Tipo: 100 Local: MS Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim (X) Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Cateter: (X) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG (X) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Outros: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

| Hora     | TC | P  | PA     | FR | Sat.% | Dor |
|----------|----|----|--------|----|-------|-----|
| Admissão |    | 65 | 112/68 | 18 | 98    |     |
| 30'      |    | 66 | 112/68 | 18 | 98    |     |
| 60'      |    | 66 | 100/60 | 18 | 98    |     |
| Alta     |    | 66 | 109/68 | 18 | 98    |     |

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

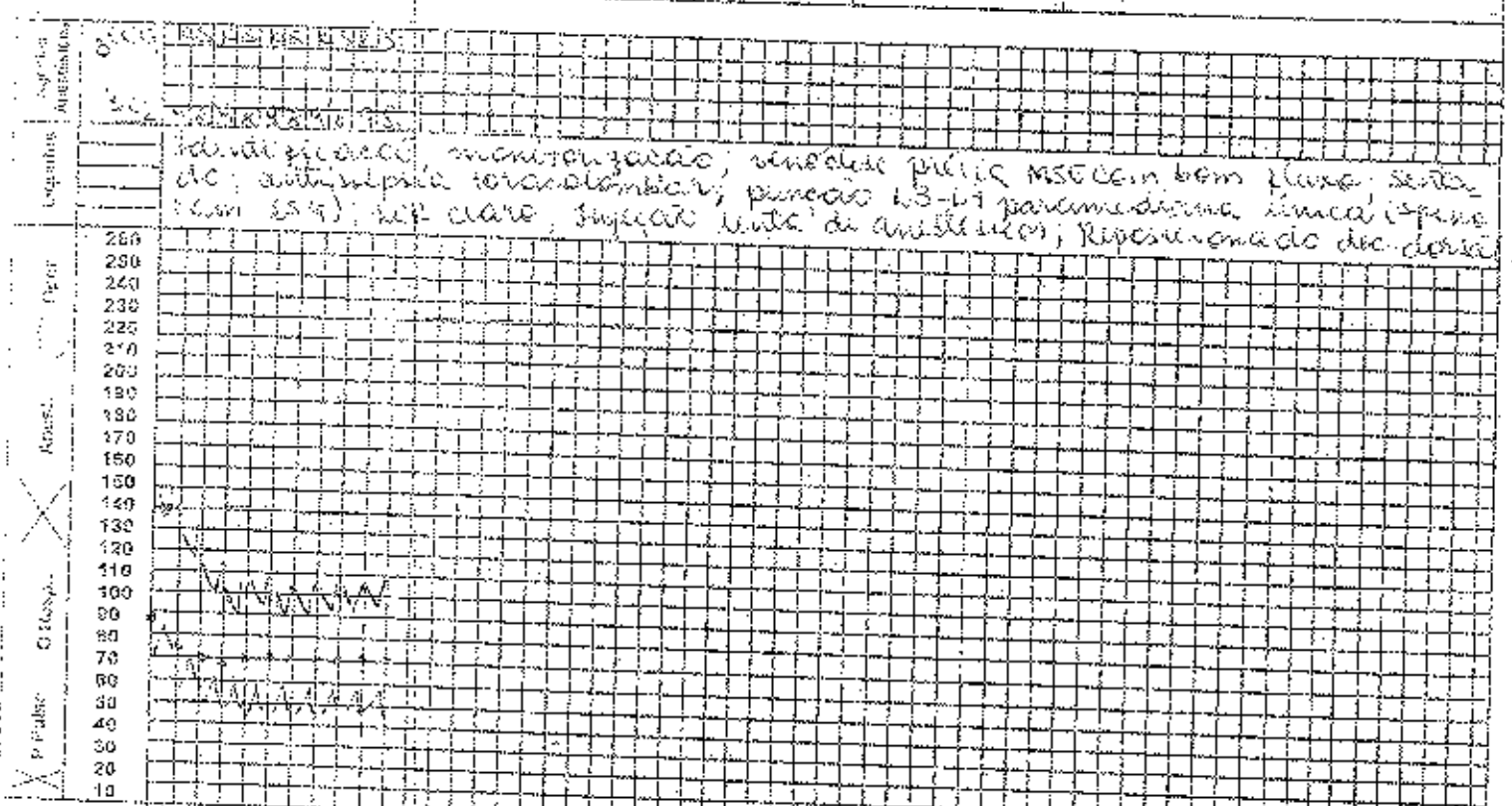
Eliminações:

| Hora | Medicação | Dose | Via | Assinatura | Diurese | Retorno Gást. | Drenagem | Retorno da Irrigação |
|------|-----------|------|-----|------------|---------|---------------|----------|----------------------|
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Após cirurgia para descompressão do intestino  
em fase de recuperação no CCU

|   |                  |             |             |             |                    |               |              |
|---|------------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|---------------|--------------|
| Nome  |                  | Enfermaria  |             |             | Leito              | Nº prontuário |              |
| H.M.M.L.  |                  |             |             |             |                    |               |              |
| Paciente: <u>Renato Ricardo da Silva Soares</u> |                  |             |             |             | Idade              | Sexo          | Cor          |
|   |                  |             |             |             | 42a                | M             | Pardo        |
| 10/04/15  | Pressão arterial | Pulso       | Respiração  | Temperatura | Poso               | Outros        |              |
| 10/04/15  | Hemúrias         | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia    | Ureia              |               |              |
| 10/04/15  | Urina            |             |             |             |                    |               |              |
| Alergias  |                  |             |             |             | Asma               | Bronquite     |              |
| Ap. circulatório                                |                  |             |             |             | ECG                |               |              |
| Ap. digestivo                                   |                  |             |             |             | Electrocardiograma | Ritmo sinusal |              |
| Estado mental                                   |                  |             |             |             | Ap. urinário       |               |              |
| 16/04/15  |                  |             |             |             | Ataxias            | Corticoides   | Alergia      |
| 16/04/15  |                  |             |             |             |                    |               | Hipotensores |
| Diagnóstico pré-operatório                      |                  |             |             |             | Estado físico      | Risco         |              |
| 16/04/15  |                  |             |             |             | Bom                | ASA I         |              |
| Medicação pré-anestésica                        |                  |             |             |             | Aplicada às        | Efeito        |              |
|   |                  |             |             |             |                    |               |              |



|               |   |   |   |
|---------------|---|---|---|
| SÍMBOLOS      | 1) Analg. - 3mg<br>2) Fentanil - 5mcg<br>3) N. Oxida P - 15mg | 4) Cyclohex - 0.2g<br>5) Propofol - 1mg<br>6) Dipriva - 0.2g<br>7) Tiroxina - 4mg | 8) Cateter de O <sub>2</sub> - 0.1N<br>9) C <sub>2</sub> - O <sub>2</sub> 10min |
| E             |   |   |   |
| ANOTAÇÕES     | 1) Bimox - 80mg   |   |   |
| POSICÃO       | Se deitado  |   |   |
| Agentes       | 1) Lidocaína 2% + 0.5% + Morfina                              |   |   |
| Técnica       | Alcornoque subaracnóide                                       |   |   |
| Interação     | ATO cirúrgico da prótese de perna                             |   |   |
| Cirurgiões    | Dr. Ricardo Nogueira + Dr. Carlos Magno                       |   |   |
| Anestesiistas | Dr. Ricardo Nogueira  |   |   |
| Observações   | Sem intercorrências   |   |   |



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARANAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 0037

NOME: NEEMIAS RICARDO DA SILVA JONES

IDADE: 43 COR: Pardo SEXO: MASC ESTADO CIVIL: CASADO

NATURALIDADE: Rio de Janeiro RJ PROFISSÃO: MILITAR PROCEDÊNCIA: —

ENDEREÇO: R. dos Artífices - 55 BAIRRO: L. das Palmeiras

CIDADE: L. G. AMARAL DATA: 21-02-019 HORA: 18:08

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |

DIAGNÓSTICO INICIAL

DATA: 20/03/2019







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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

|  |  |  |  |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
|--|--|--|--|---|--|---|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| Nome: <u>NEEMAS NUNDO DA SILVA SOARES</u>  |  | Idade: <u>43</u>   |  | D/N: <u>22/04/1975</u>  |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Pront.: <u>160200</u>  |  | Município: <u>SÃO GONÇALOS</u>   |  | Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno ( ) Externa  |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Data da cirurgia: <u>06/03/19</u>  |  | Hora Admissão: <u>18:40</u>  |  | Sala: <u>03</u> Hora Saída: <u>20:10</u> Peso: <u>70</u>  |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim                                    |  | Comorbidades: <u>DM II</u> ( ) DM ( ) Outras   |  |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Uso de medicações: ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>LOSARTANA</u>          |  | Jejum: ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim   |  |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| SSW Admissão: <u>PA</u>  |  | mmHg Pulso: <u>68</u> bpm FL: <u>72</u> rpm FC: <u>68</u> bpm SpO <sub>2</sub> : <u>98</u> % T: <u>36</u> °C |  |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Enfermeiro(a): <u>_____</u>  |  | Instrumentador(a): <u>GUIMARÃES JÚNIOR</u>   |  | Circulante: <u>SAPORI</u>   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Cirurgia: <u>REMOÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS + TRATAMENTO DE TUMOR DE TUBA GSS</u>              |  | Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u>  |  | Sala: <u>03</u>   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Hora Início: <u>19:20</u>  |  | Hora Término: <u>20:10</u>   |  | Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada                            |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| 1º Cirurgião: <u>DR. ELSON JOSÉ</u>  |  | Aux: <u>DR. GOMES D</u>  |  | Residente: <u>_____</u>   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Anestesia: ( ) Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação ( ) Geral TOT: <u>_____</u> |  | ( ) Bloqueio <input checked="" type="checkbox"/> Raquidiana Ag. nº <u>25</u>                                 |  | ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Ag. nº: <u>_____</u> Cateter nº: <u>_____</u>  |  | Início: <u>19:20</u>   |  | Garrote: <input checked="" type="checkbox"/> Smarch ( ) Pneumático Início: <u>19:36</u> Término: <u>20:10</u> |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| Anestesiologista: <u>DR. CÁTIA BIE</u>   |  |  |  |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <b>NEUROMUSCULAR</b>   |  | <b>PELE/HIGIENE</b>  |  | <b>CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO</b>  |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente   | <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada  | <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso   | <input checked="" type="checkbox"/> Jelo   | <input checked="" type="checkbox"/> ECG   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Letárgico   | <input type="checkbox"/> Hipocorada  | <input type="checkbox"/> Hipotensão  | <input type="checkbox"/> Acesso V. Central | <input type="checkbox"/> Oximetria  |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Coma  | <input type="checkbox"/> Cianótica   | <input type="checkbox"/> Hipertensão   | <input type="checkbox"/> Cat. Diálise      | <input type="checkbox"/> Capnógrafo   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Orientado  | <input type="checkbox"/> Ictérica  | <input type="checkbox"/> Hipertensão   | <input type="checkbox"/> Fístula           | <input type="checkbox"/> PA   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Desorientado  | <input type="checkbox"/> Desidratada   | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico   | <input type="checkbox"/> Arteriovenosa     | <input type="checkbox"/> Estimul. Nervoso   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Sedado  | <input type="checkbox"/> Integra   | <input type="checkbox"/> Bradicardia   | <input type="checkbox"/> SNG               | <input type="checkbox"/> Diprinfusor  |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Ansioso   | <input type="checkbox"/> C/lesões  | <input type="checkbox"/> Taquicardia   | <input type="checkbox"/> SVD               | <input type="checkbox"/> BIC  |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Deambula  | <input type="checkbox"/> Sudorese  | <input type="checkbox"/> Choque  | <input type="checkbox"/> Colostomia        | <input type="checkbox"/> Desfibrilador  |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> V. dificuldade   | <input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica   | <input type="checkbox"/> Normoesfômico   | <input type="checkbox"/> Cistostomia       |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Acamado   | <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia  | <input type="checkbox"/> Dreno             |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Paraplégico   | <input type="checkbox"/> Higiene deficiente  | <input type="checkbox"/> Dispneia  | <input type="checkbox"/> Aparelho gessado  |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Tetraplégico  | <input type="checkbox"/> Manchas   | <input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>  | <input type="checkbox"/> Tração            |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Amputações  | <input type="checkbox"/> S/Tricotomia  |  | <input type="checkbox"/> Talas             |   |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>   |  | <b>POSIÇÃO</b>   |  | <b>COXIM</b>  |  |   |   |                                 |                                 |                                 |  |
| FC   | Início: <u>72</u>  | Melo: <u>72</u>  | Fim: <u>69</u>                             | Unid.: <u>Bpm</u>   | <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Cabeça                 | <input type="checkbox"/> MMSS                 |                                 |                                 |                                 |  |
| Pulso  | <u>75</u>  | <u>70</u>  | <u>68</u>                                  | <u>Bpm</u>  | <input type="checkbox"/> Ventral           | <input type="checkbox"/> Pescoco                | <input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos |                                 |                                 |                                 |  |
| Oximetria  | <u>98</u>  | <u>97</u>  | <u>97</u>                                  | <u>%</u>  | <input type="checkbox"/> Lateral           | <input type="checkbox"/> Tórax                  | <input type="checkbox"/> Flexidos             |                                 |                                 |                                 |  |
| Capnografia  | <u>---</u>   | <u>---</u>   | <u>---</u>                                 | <u>%</u>  | <input type="checkbox"/> Litômica          | <input type="checkbox"/> Lombar                 | <input type="checkbox"/> MMII                 |                                 |                                 |                                 |  |
| PA   | <u>135/72</u>  | <u>135/70</u>  | <u>135/60</u>                              | <u>mmHg</u>   | <input type="checkbox"/> Trendemburg       | <input type="checkbox"/> Anatómicos             | <input type="checkbox"/> Abduzidos            |                                 |                                 |                                 |  |
| <b>ACESSO VENOSO</b>   |  | <b>PLACA DO BISTURI ELÉTRICO</b>   |  | <b>DEGERMAÇÃO</b>   |  | <b>TRICOTOMIA</b>                               |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Punção Artetal  | <input type="checkbox"/> Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal ( ) Descartável | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica  | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>   |  | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>               |   | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>               |   | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>                  |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Punção Venosa Central   | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>   |  | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>               |   | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>               |   | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>                  |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Dissecção venosa  | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>   |  | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>               |   | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>               |   | Local: <u>ESCAROLA DEXTA</u>                  |                                 |                                 |                                 |  |
| <b>SONDAGEM GÁSTRICA</b>   |  | <b>IMPLANTE CIRÚRGICO</b>  |  | <b>EXAMES SOLICITADOS</b>   |  | <b>ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO</b>           |   |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> SNG nº  | Drenos:  |  | <input type="checkbox"/> Hemograma         |   | <input type="checkbox"/> Gasometria        |   | <input type="checkbox"/> Outros               |                                 |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Retorno:  | Tela:  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma      |   | <input type="checkbox"/> Outros            |   | <input type="checkbox"/> Outros               |                                 |                                 |                                 |  |
| <b>CATETERISMO VESICAL</b>   |  | Cateter:   |  | <input type="checkbox"/> Hemograma  |  | <input type="checkbox"/> Gasometria             |   | <input type="checkbox"/> Outros |                                 |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> SVE nº  | Óstomia:   |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma      |   | <input type="checkbox"/> Outros            |   | <input type="checkbox"/> Outros               |                                 | <input type="checkbox"/> Outros |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> SVA nº  | Fio de KC:   |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma      |   | <input type="checkbox"/> Outros            |   | <input type="checkbox"/> Outros               |                                 | <input type="checkbox"/> Outros |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Diurese:  | Parafuso tipo:   |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma      |   | <input type="checkbox"/> Outros            |   | <input type="checkbox"/> Outros               |                                 | <input type="checkbox"/> Outros |                                 |  |
| Profissional responsável:  |  | Placa Tipo: <u>DCP ESTRETA 7 FUNDOS</u>  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma   |  | <input type="checkbox"/> Outros                 |   | <input type="checkbox"/> Outros |                                 | <input type="checkbox"/> Outros |  |
| <b>EXAMES SOLICITADOS</b>  |  | Outros:  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma   |  | <input type="checkbox"/> Outros                 |   | <input type="checkbox"/> Outros |                                 | <input type="checkbox"/> Outros |  |
| <input type="checkbox"/> Hemograma   |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma   |  | <input type="checkbox"/> Outros                 |   | <input type="checkbox"/> Outros |                                 | <input type="checkbox"/> Outros |  |
| <input type="checkbox"/> Gasometria  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma   |  | <input type="checkbox"/> Outros                 |   | <input type="checkbox"/> Outros |                                 | <input type="checkbox"/> Outros |  |
| <input type="checkbox"/> Coagulograma  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma   |  | <input type="checkbox"/> Outros                 |   | <input type="checkbox"/> Outros |                                 | <input type="checkbox"/> Outros |  |
| <input type="checkbox"/> Outros  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma  |  | <input type="checkbox"/> Coagulograma   |  | <input type="checkbox"/> Outros                 |   | <input type="checkbox"/> Outros |                                 | <input type="checkbox"/> Outros |  |





Hospital

Nome do paciente

Nº de onduário

Data operation

जार्ज

Leit

Operator

1<sup>o</sup> સુબંધીકર

20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050

30 April 1997

### Instrumentation

Arresting

750 1st Avenue

Diagnostico principal

**Tipo de operação**

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

### Acidente durante a operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

both representing people,  
activities. Things like here are  
offices for justice. A lot of work  
place is being done. Being a  
fixer or a place a person.  
Future for place. But also  
I expect more.

and

Dr. Edmar M. Dantas  
CRM: 042  
Ortopedia-Traumatologia

~~DATA~~

English Language Arts



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemococoncentrado \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Expensor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

CEFAZOLINA 2g h: 18:50  
ZORAN 8mg h: 18:50  
ANALG 50mg h: 18:50  
CEFAZOLINA 2g h: 18:50  
FALAK Long h: 18:50

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

ANATOMO PATOLÓGICO

☒ Não ( ) Sim Peça: \_\_\_\_\_ Peça para sepultamento: ☒ Não ( ) Sim  
Swab para cultura: \_\_\_\_\_ Líquido: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ☒ Limpo ( ) exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Procedimento concluído sem intercorrências.

Ass: Sayonara Coren: 50406

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ☒ Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ☒ Ambiente Curativo ☒ Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro:  
Diurese: ☒ Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: SARA

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

Hora: 00:15 Data: 6/3/18 Nível de consciência: ☒ Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ☒ O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ☒ Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☒ Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: 18 Local: MD Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kheri Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Específicas:  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ☒ Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

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

Relato:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

| Hora     | T°C | P  | PA | FR | Sat % | Dor | Soro glicosado: _____ ml             |
|----------|-----|----|----|----|-------|-----|--------------------------------------|
| Admissão | —   | 58 | —  | —  | 97    | —   | Soro Fisiológico: _____ ml           |
| 30'      | —   | 60 | —  | —  | 97    | —   | Ringer <u>1000</u> <u>SRA</u> ml     |
| 60'      | —   | 61 | —  | —  | 98    | —   | Irrigação vesical contínua: _____ ml |
| Alta     |     |    |    |    |       |     |                                      |

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

| Hora | Medicação | Dose | Via | Assinatura | Diurese | Retorno Gást. | Drenagem | Retorno da Irrigação |
|------|-----------|------|-----|------------|---------|---------------|----------|----------------------|
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

O paciente foi encaminhado para o bloco 3.

