



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES

Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000

Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202076000586

Número Único: 0001062-54.2020.8.25.0050

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 26/06/2020

Competência: 1ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora das Dores

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

Endereço: RUA JOSE FIGUEIREDO BARRETO

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - Estado: SE - CEP: 49600000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202076000586

DATA:

08/10/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201007122302705 às 12:23 em 07/10/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00018

CONTA: 000001037146-2

Nr. da Autenticação B7D6E5AD18555729

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190086038 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVALDO MOTA DA SILVA **Data do acidente:** 19/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MAXILAR DIREITO.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DE COTOVELO DIREITO (TRIÁDE TERRÍVEL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RESSECÇÃO PARCIAL DA CABEÇA DO RÁDIO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE COTOVELO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190086038

Vítima: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

Data do Acidente: 19/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSIVALDO MOTA DA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ROSIVALDO MOTA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **047**

Agência: **000000018**

Conta: **000001037146-2**

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.

Atenciosamente,



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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	054.978.795-00	Reinaldo Costa da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Reinaldo Costa da Silva	054.978.795-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
Desempregado	Rua Jose Figueiredo Barreto	SLP
Bairro:	Cidade:	CEP:
Centro	Nossa Senhora das Dores	43600-000
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
Marcosdegloria@gmail.com	SE	79-999

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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: Paraná

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 018 CONTA: 01037146 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 não alfabetizado

Local e Data: Nossa Senhora da Boa Vista; 12.01.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Reinaldo Costa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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 DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES - AISP - NOSSA
SENHORA DAS DORES - SE

31 JAN 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001308/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/01/2019 11:17 Data/Hora Fim: 04/01/2019 11:40
Delegado de Polícia: Marcos José Garcia da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora Das Dores - Aisp
Data/Hora do Fato: 19/10/2018 22:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora das Dores (SE)
Logradouro: Rodovia SE que liga Dores a Capela

Bairro: Outro

CEP: 49.600-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSIVALDO MOTA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 10/09/1992
Profissão: Técnico Agrícola Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Neuza Mota da Silva Nome do Pai: Roberto Cardoso da Silva
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 054.978.795-00

Endereço

Município: Nossa Senhora das Dores - SE
Logradouro: Rua José Figueiredo Barreto
Bairro: centro
Telefone: (79) 99914-7809 (Celular)

Nº: 373

CEP: 49.600-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 054.978.805-09

Renavam 01136353701

Número do Chassi 9C2KD0810HR445855

Cor Vermelha

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa QMC8480

Número do Motor KD08E1H445857

Ano/Modelo Fabricação 2017/2017

Município Veículo Nossa Senhora das Dores

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Rosivaldo Mota da Silva

Envolvimentos

Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Marcos José Garcia da Rocha
Impresso por: Rodrigo Guimarães Pereira
Data de Impressão: 04/01/2019 11:41
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

31 JAN 2019

2105 MAL 7 E

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001308/2019

RELATO/HISTÓRICO

Relata que vinha da Usina Campo Lindo para esta cidade, quando o pneu da moto derrapou em uma cana que estava na pista, perdeu o controle do veículo, vindo a cair; Que foi socorrido e encaminhado a Clínica da Família desta cidade, onde teve os primeiros socorros e por volta das 04:30h hora do dia seguinte foi encaminhado ao Hospital João Alves Filho (HUSE) em Aracaju, conforme Relatório Médico apresentado nesta Delegacia.

ASSINATURAS

Rodrigo Guimarães Pereira
Responsável pelo Atendimento

Rosivaldo Mota da Silva
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (assinante) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Falsa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos de O. Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.673, 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Reinaldo Jato da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.978.795, 00

do sinistro de DPVAT cobertura unvalidez da Vítima Reinaldo Jato da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.978.795, 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua dos Silves</u>		Número: <u>217</u>	Complemento: <u>casarão</u>
Bairro: <u>Barreira</u>	Cidade: <u>N. Gra. da Glória</u>	Estado: <u>SC</u>	CEP: <u>89.680-000</u>
E-mail: <u>moncosdufaria@gmail.com</u>			Telefone (DDD): <u>49 9918 9207</u>

Local e Data: N. Gra. da Glória 17.01.19

João Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

31 JAN 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

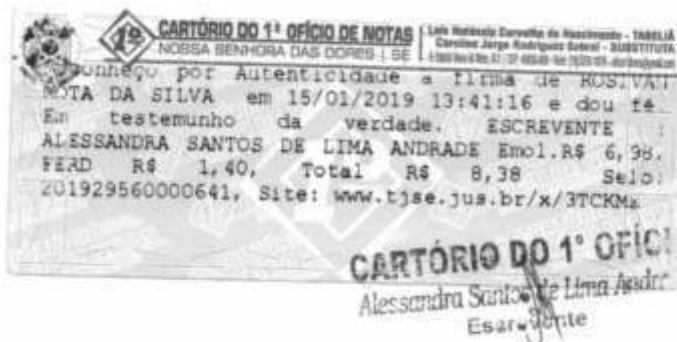
Eu, Rosivaldo nota da Silva,
RG nº 2585842-4, data de expedição 03/11/2008
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 054.978.805-09, com
domicílio na cidade de NOSSA SRA DAS DORES, no Estado de
SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Figueiredo Barreto, nº 373,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima Rosivaldo nota da Silva, cujo o condutor era
Rosivaldo nota da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA BROS 160
Ano: 2017
Placa: QMC-8480
Chassi: 9C2KD08104R445855
Data do Acidente: 19/10/2018
Local e Data: PORES / 19 DE OUTUBRO 2018

X Rosivaldo nota da Silva
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do sinistro)



NOME DO PACIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVA
DATA DA ENTRADA: 30/10/2018
DATA DA SAÍDA: 01/11/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DE COTOVELO DIREITO, FRATURA DO SEIO MAXILAR DIREITO ESTA COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADOR, AS DEMAIS FRATURAS TRATADAS COM TALA GESSADA, TENDO SUA TRANSFERÊNCIA PARA F.B.H.C PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO EM 03/10/2018

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

NÃO OCORRU NESTE

EXAMES COMPLEMENTARES:

TOXICOLOGIA DE CRUENTO, RADIOGRAFIAS, HEMOGRAMA

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. AMANDA OLIVEIRA
DR. PATRICIA GALVÃO
DR. RONALDO ROBERTO
DR. FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS
DR. WASHINGTON BATISTA
DR. ARTURIO FRANCO GARCIA

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 03 de DEZEMBRO de 2018

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.951.925 - 91
Médico
CRM / SE 1518

Izac Souza de Mendonça
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.951.925 - 91
Médico
CRM / SE 1518

31 JAN 2019

Neurologia
D. Augusto

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1801077
CNS:DATA: 20/10/2018
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 04:52 USUARIO: CSSOUZA

Paturado
05-Adm
08-Adm

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ROSIVALDO MOTA DA SILVA
 IDADE.....: 26 ANOS NASC: 10/09/1992
 ENDEREÇO.....: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO
 COMPLEMENTO....: 706305774526179 BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES
 NOME PAI/MAE...: ROBERTO CARDOSO DA SILVA
 RESPONSÁVEL....: O PROPRIO
 PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL..: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO

DOC....:
 SEXO...: MASCULINO
 NUMERO:
 UF: SE CEP....:
 /NEUZA MOTA DA SILVA
 TEL....: 998081322

TRAUMA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, após síncope, ingere náusea
 do tipo A - sem alterações, B - dor em abd, C - D - sem alterações,
 E - sem alterações, F - dor em abd, G - dor em abd, H - dor em abd,
 I - dor em abd, J - dor em abd, K - dor em abd, L - dor em abd,
 M - dor em abd, N - dor em abd, O - dor em abd, P - dor em abd,
 Q - dor em abd, R - dor em abd, S - dor em abd, T - dor em abd,
 U - dor em abd, V - dor em abd, W - dor em abd, X - dor em abd,
 Y - dor em abd, Z - dor em abd

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

HUSE

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA - PS

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA - PS

DIAGNOSTICO:

REGISTRO:

DATA:

PRESCRIÇÃO

HORA:

REGISTRO:

DATA:

HORÁRIO:

CID:

Técnico:

HORARIO DA MEDICACAO

Paciente da NCR, CBMF, ortopédia

Sol Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Realizar exame de Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

Rx de coluna D - Perfil, Sol Rx de torax AP

DATA DA SAIDA:

ALTA:

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO:

ATE 48HS [] APOS 48HS

Técnico:

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HORA DA SAIDA:

[] EVASAO [] DESISTENCIA

REALIZADO: 20/10/18

HORA: 09:35

HORA: 06:13

HORA: 06:13

HORA: 06:13

HORA: 06:13

HORA: 06:13

HORA: 06:13

HORA: 06:13

HORA: 06:13

HORA: 06:13

Dra. Amanda Oliveira
Med. Residente de HUSF

ANAT. PATOL

MF. Ao exame clínico apresenta equimose periorbitária e
 Soluto TC de face.

Ortopedia

DIOS MAI 12

06:30

paciente com dor na clavícula e
no ombro (D)
dor + deformidade do ombro
fx - fx/Lx do ombro
Terminar ferimento

(a) Reducao + tala giratoria
+ tala de ombro

Dr. Ronaldo Barreto
Endereço: Rua do Comércio
100 - Centro - São Paulo
CEP: 01000-000

PRADO NC:

paciente vítima de acidente
de moto sem capacete, e pulso
de consciência, off ventr.
ECA = 15. Nega cefaleia e
vômito.

Ex crânio e auscultações
pulso, fracos e/ou normais

Ex crânio normal

cd: Alter do NC

Ats an. do do ortoped

Dr. Antônio Carlos Silveira de Azevedo
Neurocirurgia
CRM-SE 2269

BMF

26/10/18

+ e: fratura de perna de pé direito (D). Tratamento conservador
ACTA BMF
A. M. T. J. S. L.

Dr. Alexandre M.
Bucc-M...
CRO 1432

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Rosivaldo Costa da Silva

SEXO: () FEMININO ☒ MASCULINO IDADE: 26 ESTADO CIVIL: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: HUSE (Unidade Hospitalar de Urgência)

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente trazido pelos colegas de trabalho, após queda de moto há alguns minutos, sem uso de capacete. Negaem sintomas, não há perda de consciência. Negaem vômito, tontura, dor de cabeça, náusea, diarreia, febre, urticária, inchaço, edema, hematomas, lesões cutâneas, etc. Nega ingestão de bebida alcoólica. EF: NEG, ECG: 14; Pupila: 3mm, reage a luz, não alterada. FC: 86 bpm, FR: 18 lpm; Sctoz: 96%; c. útero: PA: 130x80. ACU: RCH e 21. d. nervos. AA: MV e ANT, d. NA, vis. ações nervos, escarificação e corte e região mental de Calceos a 10 e distal alambros. Fratura interna e Estomelo e pericel luxação de sinuso.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Protocolo de trauma, 2) HOU, 3) RL 1000 — e, IV; 4) Curativos do membro e Calceos, 5) Vigilância vital, 6) SVD; (01:00h) 7) RL 500 e, etc.

Dr. Demeivan Rodrigues dos Santos
CRMSE 10000

Triade Terrível estômulo ①
Fx clavícula ①

PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Rosendo Neto da Silva

Idade:

Data:

DATA HORA
20/10 06:45

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

① Omeprazol

② SF 1000ml EV 0/8h

③ Dipirona 4ml EV 0/6h

④ Paracetamol 100mg EV 12/12h

⑤ Kefton 2g EV 8/8h

⑥ Real do Ortopedia - Enfermaria
após a TC.

⑦ ~~Omeprazol 120~~

Dr. Ronald Barreto

⑧ Omeprazol 40mg EV 1x/dia

Dr. Ronald Barreto

Data Autorização: 23 / 10 / 2018

Data Autorização: 23 / 10 / 2018

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dia Ananie
Supervisor



SUS

Sistema Ministério
Único de da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARHOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ROSIVALDO MOTA DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706305774526179

11 - NOME DA MÃE

NEUZA MOTA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

O mesmo

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO Nº37

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Nossa Senhora das Dores

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

1057574

10 - RAÇA/COR

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/09/1992

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

DDD

79

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

79

14 - TELEFONE DE CONTATO

99914-7809/99928-2901

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de queda de mob. há 04 dias
com br. edema e deformidade em antebraço e mão
cava D. frnt. lux do cotovelo - 0408010150
frnt. clavícula - 0408010150

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Frnt. wavy.

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

exame clínico + RX

DIAGNÓSTICO INICIAL

frnt. lux cotovelo + clavícula

CID PRINCIPAL

5520

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

5400

26 - CID 10 DOBENEFICÍCIAS ASSOCIADAS

V299

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ortoped. frnt. multiphas

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

15475190839

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Luciano Soares Tavares

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/10/18

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

Luciano Soares Tavares
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS

EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

() DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/10/18

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

Dr. Camille Soares Tavares
Auditora Médica CRM - 4065

281810016458-3

DATA: 24/10/18

PACIENTE: Carlos M. da Silva				MATRÍCULA:		CONSENTIMENTO	
IDADE: 26	SEXO: M	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:	
CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lima				ANESTESISTA: Dr. Paulo M. Lima			
1º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:			
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fístula da cabeça do R22							
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO:							
CIRURGIA PROPOSTA:							
CIRURGIA REALIZADA: Dessecção Parcial							
PRÉ-MEDICAÇÃO:						HORA:	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:40		INÍCIO DA OPERAÇÃO: 09:00		ALT DA ANESTESIA: 09:10		RISCO OPERATÓRIO: 1-2-3-4	ESTADO FÍSICO: 1-2-3-4-5-6-7



AGENTES ANESTÉSICOS: Xylor 2% + Neomic 0.1% + W			
TÉCNICA: Bloqueio Plexo			
INDUÇÃO:	POSIÇÃO:	LOCA. PUNÇÃO:	LÍQUIDO RETIRADO:
TÉCNICA:	POSIÇÃO APÓS:	POSIÇÃO OPERATÓRIA:	RESULTADO B.R.M.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 30	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 40		CONSCIÊNCIA:
POS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UT <input type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		CONDIÇÕES: Dr. Patrícia Medeiros Ferreira Anestesiologista CRM 2529
OBSERVAÇÕES:			ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPIT 1 DE CIRURGIA
AV.DESEMBARGADOR MAYNARD,174 UF:SE CEP:49 15-170
FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT anna.soares

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria
DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
DATA: 23/10/2018 11:17:14 LE TO: ☒ ORT BUCO D06 - Ortopedia I
TIPO: Urgência
CONVENIO: SUS INTERNO
PROFISSIONAL: 866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE

CA TAO SUS: 706305774526179

ATENDIMENTO: 1057574

NOME: ROSIVALDO MOTA DA SILVA Nº 373
ENDERECO: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO UF SE CEP: 49600000
BAIRRO: Centro CP 05497879500
CIDADE: Nossa Senhora das Dores R. : 25858416
FONE: 99914-7809/99928-7901 IDA E: 26 SEXO: Masculino
DATA NASC.: 10/09/1992 PR FISSÃO
EST.CIVIL: Solteiro
NOME DO PAI: ROBERTO CARDOSO DA SILVA
NOME DA MAE: NEUZA MOTA DA SILVA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:

ENDERECO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S52.0-Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)
ORIGEM: Nossa Senhora das Dores
DIAS INTERNAMENTO: 9999
PROC.SUS: 041503001-3 Tratamento Cirurgic Em Politraumatizados
AIH.:

Linda Silva Santos
Secretaria Clínica
Mat. 8944L

Carina dos Santos Souza
Metrícula / 97240
Secretaria Clínica / FBHC

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - ROSIVALDO MOTA DA SILVA

crl.complexoregulatorio.org

22 de outubro de 2018

<sigau.regulacaodeleitos2@gmail.com>

16:48

Para: nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com>, REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>

Boa tarde. Segue cód. autorizativo.

RL2210HCO1D6YL5

Atenciosamente,

Yuri Lobão

Médico Regulador

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuções, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. A presente mensagem, suas continuções, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados por e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe, terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

Em seg, 22 de out de 2018 às 13:38, nirhuse crpe <nirhuse.crpe@gmail.com> escreveu:

Boa Tarde, Segue em anexo documentação do referido paciente para avaliação

Att,

GOVERNO DE SERGIPE

SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU

COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

DATA DE ADMISS

20/10/18

NOME DA MÃE: NEUZA MOTA DA SILVA

DATA DE NASCIM

10/09/92

ENDEREÇO: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO

IDADE:

26

CNS: 706305774526179 PLANO DE SAÚDE: NÃO

ESTADO:

SERGIPE

NATURALIDADE: NOSSA SENHORA DAS DORES-SE

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: NOSSA SENHORA DAS DORES

TELEFONE PARA CONTATO: 79 - 998081322

REGIÃO DE SAÚDE:

UNIDADE
PRODUTIVA:

PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE (X)

OUTROS: _____

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM CLAVICULA D + COTOVELO D

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

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

RX + LABORATORIO + ECG

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

FRATURA DE CLAVICULA + TRIADE TERRIVEL DE COTOVELO D

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
120 X 90	98%	80	16	101	NAO	NÃO

HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O ₂ : NÃO () SIM ()	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()
13.3	9.26	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO ORAL () SNE () NPT () GTT ()	ISOLAMENTO: SIM () RESP () CONTATO () NÃO ()	INSUF. RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (Dx)	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MRM
NAO	NAO	ORAL	NAO	NAO		15
MOTILIDADE						
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
NAO	NAO	SIM				

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

FRATURA DE CLAVÍCULA + TRIADE TERRIVEL DE COTOVELO D

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

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

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

Médico Solicitante

Data: 22/10/18

Assinatura:

Carimbo:

Antônio Francisco Cabral

Ortopedia / Traumatologia

CRM 580

NIR

Data: 22/10/18

Hora: 13:00

Responsável:

Médico do NIR

Data:

Assinatura:

Carimbo:

CRL (RECEBIMENTO)

Data:

Hora:

Responsável:

Comentários Médico CRL

CRL (Autorização)

Data:

Hora:

MR:

Código:

Assinatura

ATENÇÃO

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

As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central e Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

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

DUSV UTI. 2017. COPYRIGHT SIGAU. COMPLEXO REGULADOR DE SAÚDE. REDE ESTADUAL DE SAÚDE.

p. 23

CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISSIONAL

NOME: Rosivaldo Mate da Silva

IDADE: 26 SEXO: M () F ()
CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

LEITO: _____ MATRÍCULA: _____
HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (X)

DATA FRATURA: 19/10/2018

DATA INTERNAMENTO: 23/10/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM (X) NÃO ()

COLHIDOS: SIM () NÃO (X)

IMPRESSOS: SIM (X) NÃO ()

RX: (X) PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE ()

ECO: SIM () NÃO ()

SEM QUALIDADE ()

ECG: SIM (X) NÃO ()
REALIZADO: SIM () NÃO (X)

PEDIDA: SIM () NÃO ()

PEDIDO: SIM () NÃO ()
REALIZADO: SIM () NÃO ()

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO ()

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMARIA

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

IDADE: _____ SEXO: M () F ()
HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

LEITO: 19/10/2018

CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

DATA FRATURA: ____/____/____ DATA INTERNAMENTO: ____/____/____

EXAMES LABORATORIAIS: OK () ALTERADO ()

RX: () PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE () SEM QUALIDADE ()

ECO: SIM () NÃO () FEITO; NÃO SE APLICA ()

RISCO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () SOLICITADO; SIM () NÃO () FEITO

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO () FEITO; () NÃO SE APLICA

VAGA DE UTI: SIM () NÃO () SOLICITADA; SIM () NÃO () TEM VAGA

DATA DA CIRURGIA ____/____/____ ORTOPEDISTA: _____

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: M () F ()

LEITO: _____ MATRÍCULA: _____ HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

DATA FRATURA: ____/____/____ DATA INTERNAMENTO: ____/____/____ CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

EXAMES LABORATORIAIS: () ; SOLICITADO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS ()

RX: () PELÍCULAS; SOLICITADO NOVO RX () ; ECG: OK () ; ECO: OK ()

TOMOGRAFIA: OK () ; NÃO SE APLICA () ; RISCO CIRÚRGICO: OK () ; NÃO SE APLICA ()

PRESCRIÇÃO: OK () ;

EVOLUÇÃO: OK () ;

ATO CIRÚRGICO: OK ()

OPME: OK () ; NÃO SE APLICA ()

CIRURGIA: SIM () REALIZADA POR DR. _____ ; NÃO () REALIZADA POR DR.

REMARCADÁ PARA: ____/____/____ MOTIVO DA SUSPENSÃO: _____

Patient 2:

MATRÍCULA:

①ADH:

SERVICE:

AFTU

QUARTO:

ENFERM.

LEITO

CONVENIO:

DATA 11
HORA

E N V O L U Ç Ã O

$$\frac{23}{10} \div \frac{1}{18}$$
[illegible]

Phyeon S. D.
MEDICAL

PACIENTE:

Renivalde Neto da Silva

MATRÍCULA:

1057574

IDADE:

66 anos

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÊNIO:

SUS

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

24/10/18 Paciente portador de fratura da escafa do rádio direito.
 Submetido a ressecção da escafa do rádio-parcial.

Dr. Roberto Lima
 Ortopedia Traumatologia
 CRM-1173

27/11/18

Ativo

BAIXO ALERGIAS DATA *24/10/18*
 INICIADO EM *24/10/18*
 COTADO D *02P*
 ONIV *Antonio*

Dr. Gilson Teixeira
 Clínico Geral
 Ortopedia Traumatologia
 CRM-SE 4003

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Renivaldo Hato de Silva

UNIDADE: 1057574

Ortopedia - 1

26

15-06

1057574

Ortopedia - 1

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

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

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

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

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

10-BIURESE: Ausente: ☐ Presente: ☒ vezes

12:00 Paciente admitido neste setor de Ortopedia, proveniente da UVA, em uso de AUP em 156 kg peso, após 58 UU, admitido a dieta especial pela nutrição.

12:30 segue aos cuidados de enfermagem sem intercorrência nesse período.

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

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

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

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

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

10-BIURESE: Ausente: ☐ Presente: ☒ vezes

12:00 Paciente admitido neste setor de Ortopedia, proveniente da UVA, em uso de AUP em 156 kg peso, após 58 UU, admitido a dieta especial pela nutrição.

12:30 segue aos cuidados de enfermagem sem intercorrência nesse período.

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

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

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

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

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

10-BIURESE: Ausente: ☐ Presente: ☒ vezes

13:00 Paciente no leito, em uso de gesso hidroligado, paciente calmo, consciente, orientado, apnéico, eufórico, está em companhia familiar.

15:00 Paciente dorme após período pela nutrição.

18:00 Paciente segue mantendo quadro clínico.

18:00 Paciente dorme após período pela nutrição.

Paciente segue cuidados de enfermagem.

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

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

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

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

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

10-BIURESE: Ausente: ☐ Presente: ☒ vezes

13:00 Paciente no leito, em uso de gesso hidroligado, paciente calmo, consciente, orientado, apnéico, eufórico, está em companhia familiar.

15:00 Paciente dorme após período pela nutrição.

18:00 Paciente segue mantendo quadro clínico.

18:00 Paciente dorme após período pela nutrição.

Paciente segue cuidados de enfermagem.

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

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

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

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

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

10-BIURESE: Ausente: ☐ Presente: ☒ vezes

13:00 Paciente no leito, em uso de gesso hidroligado, paciente calmo, consciente, orientado, apnéico, eufórico, está em companhia familiar.

15:00 Paciente dorme após período pela nutrição.

18:00 Paciente segue mantendo quadro clínico.

18:00 Paciente dorme após período pela nutrição.

Paciente segue cuidados de enfermagem.

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA **23/10/18**

NOME: **ROSIVALDO MOTA DA SILVA**

ALA: **VERDE TRAUMA 1** LEITO: **CORREDOR**

GÊNERO: **MASCULINO**

IDADE: **26**

DIAGNÓSTICOS: **FRATURA DE CLAVÍCULA D + TRIÁDE TERRÍVEL COTOVELO D**

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PREScrição MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO, LIVRE	
2	SF 0,9% 1000ML EV 12/12HS	
3	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
4	DIPIRONA 2:8AD EV 6/6HS	
5	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
6	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h SOS	
7	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia SUSP	
8	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
9	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
10	Insulina regular, conforme glicemia:	
11	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
12	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
13	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
14	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
15	CCGG + SSVV 6h/6h	
16	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
17	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h D3	
18		
19		
20		
21		
22		

Antônio Franco Caldeira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 880

Ortopedia

06:30

paciente com dor na clavícula e
no capitulo ①
dor + deformidade do cotovelo
fx - fx/lx do capitulo
Término tratamento

② Redução + tala fixada
inferior
+ C de capitulo

Dr. Ronald Barreto
Ortopedia e Trauma do Esporte
Joelho, Quadril, Ombro
CRM-SE 3807

PELA NC:

paciente atende de acordo
de modo que capote, o peso
de compressão, o ventro.

ECG-15. Nega cefaleia e
vômito.

Te cranio e anomalias
cefalicas, fraturas e/ou hemorragias

Te cranio normal

cd: Alter de NC

At: anel do osso ortofda

Dr. Antônio Carlos Silveira de Azevedo
Neurocirurgião
CRM-SE 2259

BHF
20/10/18

te: fratura de peroneo de pé direito ③. Tratamento conservador
ACTA BHF
A Ortopedia

Dr. Auremir Melo
Bucco-Maxilo-Facial
CRM-SE 1432

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 21/10/18

NOME: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 26

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DE CLAVÍCULA D + TRIÁDE TERRÍVEL COTOVELO D

EVOLUÇÃO MÉDICA: P 7a. amanha NV salt...
Col. Mart. de

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO, LIVRE	
2	SF 0,9% 1000ML EV 12/12HS	580 0 580
3	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	214 0 8 12 13
4	DIPIRONA 2:8AD EV 6/6HS	0 8 13
5	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	32 505
6	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h SOS	
7	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia SUSP	
8	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
9	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
10	Insulina regular, conforme glicemia:	
11	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
12	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
13	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
14	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
15	CCGG + SSVV 6h/6h	
16	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
17	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h D1	0 2 10 13
18	Wm SVP	
19		
20		
21		
22		
23		

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA **22/10/18**

NOME: **ROSIVALDO MOTA DA SILVA**

ALA: **VERDE TRAUMA 1** LEITO: **CORREDOR** GÊNERO: **MASCULINO** IDADE: **26**

DIAGNÓSTICOS: **FRATURA DE CLAVÍCULA D + TRIÁDE TERRÍVEL COTOVELO D**

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente evolui em fratura, com NV(+).
Ch = Morte

	PREScrição Médica	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO, LIVRE	
2	SF 0,9% 1000ML EV 12/12HS	
3	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, v, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
4	DIPIRONA 2:8AD EV 6/6HS	
5	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
6	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h SOS	
7	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia SUSP	
8	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
9	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
10	Insulina regular, conforme glicemia:	
11	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
12	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
13	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
14	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
15	CCGG + SSVV 6h/6h	
16	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
17	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h D2	
18		
19		
20		
21		
22		
23		



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Rosivaldo Nogueira de Sales MATRÍCULA: 1057874 CONVÊNIO: Sus
CIRURGIA REALIZADA: Falange do dedo DATA: 24/10/18 CIRURGIÃO: Dr. Roberto L. P.
1º AUXILIAR: Adriana Nogueira 2º AUXILIAR: Dr. Roberto L. P.
ANESTESIA: geral endov. wsc ANESTESIOLOGISTA: Dr. Patrício
CIRURGIANTE: Placido

MEDICAMENTOS	QNT	
ACIDO TRANEXAMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML		NOADRENALINA 8MG\4ML
ÁGUA DESTILADA 10ML		OXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HIPOGLOS) 30G
AMINOFILINA 24MG\10ML		OMEPRAZOL 40MG\10ML
ATACURIO 25MG\5ML		ONDASTERONA 8MG\4ML
ATROPINA 0.25MG\ML		PANCURONEO 4 MG\2ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML		PENTOXIFILINA 100MG\5ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) C/CASO 1200 .00 20ML	01	PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UJ
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) S/VASO 0.5% 20ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) PESADA 0.5% 20ML		RANITIDINA (ANTAX) 50MG\2ML
CAPTOPRIL 25MG COMP.		SUBGALATO DE BISMUTO 30G
CEFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL. INJETÁVEL		SUXAMETONEO 100MG\FRASCO
CLORPROMAZINA 25MG\5ML		SUXAMETONEO 500MG\FRASCO
CEFAZOLINA 1G SOL. INJETAVEL		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML
CEFTRIAXONA 1G SOL. INJETAVEL		VANCOMICINA 50MG\ML
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO		EQUIPAMENTOS
CIPROFLOXACINA 200MG\100ML		APARELHO DE AMESTESIA
CISATRACURIO (NIMBIUM) 10MG\5ML		BISTURI ELETRICO / BIPOLAR
CLINDAMICINA (DALACIM) 600MH\4ML		CAPNÓGRAFO
CLONIDINA SOL. INJETAVEL		DEFIBRILADOR
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%	2	ENDOSCÓPIO
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		ESTRIBO
COLAGENAISE 30G BISNAGA		FONTE DE ENERGIA/FIDRA ÓTICA
DESLANOSIDEO 0.4MG\2ML		FOTÓFORO
DEXAMETAZONA 4MG\2.5ML		LARINGOSCÓPIO
DICLOFENACO 75MG\ML		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
DIPIRONA 506MG\2ML		MONITOR CARDIACO
DOBUTAMINA 250MG\20ML		ÓXIMETRO
ENOXAPARINA 40MG\0.4ML		RAIO X
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG\ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO
ETILEFRINA (EFORTIL) 1.0MG\ML		GASOTERAPIA
HIOSCINA (BUSCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML		AR COMPRIMIDO
INSULINA - VPH 10ML () REGULAR ()		GÁS CARBÔNICO
IMIPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG\120ML		OXIGÊNIO
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELEBRIX)		PROTÓXIDO DE AZOTO
LIDOCAÍNA (S/VASO) 1% () 2% ()		VÁCUO
LIDOCAÍNA 10% SPRAY 50ML		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
LIDOCAÍNA GELIA (BISNAGA) 30G		ÁGUA DESTILADA 1000ML
LIDOCAÍNA + EPINEFRINA (C/VASO) 20ML - 1% () 2% ()	01	SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML
METOPROLOL 15MG COMP.		SORO RINGER + LACTATO 500ML
METOPROLOL 50MG COMP.		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML
METRONIDAZOL 500MG\100ML		SORO GLICOSADO 5% 500ML
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML		SORO GLICOFISIOLÓGICO 5% 500ML
NEOSTIGMÍDIA 0.5MG\ML		FIOS CIRURGICOS
ALGODÃO 5/AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		AÇO MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
ALGODÃO 5/AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO MICROGOTAS-QNT () EQUIPO P/ TRANSUSÃO-QNT ()
CATGUT CROM. C/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	01	EQUIPO AMBAR - QNT ()
CATGT CROM. S/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL
		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS
		FRAÍDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()
		IRRIGAFIX 4 VIAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Rosivaldo Melo do Silva Idade: 310 Sexo: M () F Data de admissão: 23/10/18 Procedência: D 6 Matrícula: 1057572

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue () SIM () NÃO Volume: _____ Vaga na UTI () SIM () NÃO
- Preparo: (X) Jejum a partir - HORÁRIO: 00:00 DATA: 23/10/18 (X) Puncção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: () Prótese dentária () Lente de contato () Jóias () Grampos () Outros:
- Alergia conhecida: () SIM (X) NÃO () QUAL (IS): _____
- Hábito de vida: Tabagista: (X) SIM () NÃO () TEMPO: _____ / Etílista: () SIM (X) NÃO () TEMPO: _____
- Passado cirúrgico: (X) SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
- Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IRC () ITU (X) NÃO.
- Faz uso de medicamento: () SIM (X) NÃO () QUAL (IS): _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORÁRIO: 08:00 h. Paciente admitido no Centro Cirúrgico para submeter-se a um ato cirúrgico realizado pelo enfermeiro em companhia da equipe de enfermagem. O mesmo submeter-se a anestesia local e hipertensão de 94/76 mmHg. PA 120x76 mmHg. Fx 94 bpm.

ASSINATURA:
Cândida Virginia Melo Santos
COREN - SE 888045

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Roberto L. P.
- Instrutor: Dr. Roberto L. P.
- Anestesiologista: Dr. Patrice
- Circulante: Gláucia

SERVIÇO DE APOIO

- Hemotransfusão com SO () SIM () NÃO
- () 1ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- () 2ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- () 3ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- Anatomopatológico: () SIM () NÃO
- () Peça cirúrgica: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: _____ Realizado: _____
- Horário - Início: _____ h e Término: _____ h.
- Monitoração: (X) ECG () Oximetria () PANI () Pressão Invasiva:
- Técnicas Anestésicas: () Geral venosa () Geral intravenosa local gláucia
- () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter
- () Raqui-anestesia () Bloqueio () Sedação () Local
- Posição Cirúrgica: () Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E () Outras
- Local da placa dispersiva: _____
- Incisão Cirúrgica - local: _____
- Curativo - Tipo e local: _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: _____ h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: _____ h.
Paciente recebido em sala de cirurgia em 08:00 h. PA 120x76 mmHg. Fx 94 bpm. ECG 85 bpm. Registra-se a ocorrência de intercorrência.

Marcia Santos Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 454851

Marcia Santos Costa
Core 454851

ASSINATURA:

POS-OPERATORIO IMEDIATO (Admissão na Sala de Recuperação Pós Anestésica - SRPA)

DISPOSITIVOS EM USO

() CATETER O2: ____ U/MIN () MÁSCARA O2 - FIO2: ____ % () VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % () VMI/TQT - Modo: ____ e FIO2: ____ % () MARCAPASSO
 () CATETER VENOSO PERIFÉRICO ____ () CATETER VENOSO CENTRAL ____ () CATETER PERITONEAL ____ () SONDA VESICAL ____ () SONDA GÁSTRICA/ENTERAL ____ () OSTOMIA
 () FRALDA ____ () DRENO SUÇÃO: ____ () DRENO PENROSE: ____ () DRENO TORÁCICO: ____ () DRENO TORÁCICO

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

	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	mmHg	Temp.:	°C	DOR:
0											
30											
60											
90											
120											
150											

HORARIO: 10:00 h. Paciente admitido na SRPA
 ato cirúrgico sob efeito anestésico
 realizado em sala de cirurgia

ASSINATURA:

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

HORARIO: ____ h. Paciente saiu de alta da SRPA
 para sua unidade de origem

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

MEMORIZAÇÃO DO ÍNDICE DE ALBERT E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (vr. mínimo para Alta - 08 pontos)

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

HORARIO DE ALTA SRPA: 10:30 h

ASSINATURA ANESTESIOLOGISTA: DR. AS 10:00 h

Alcure = 10

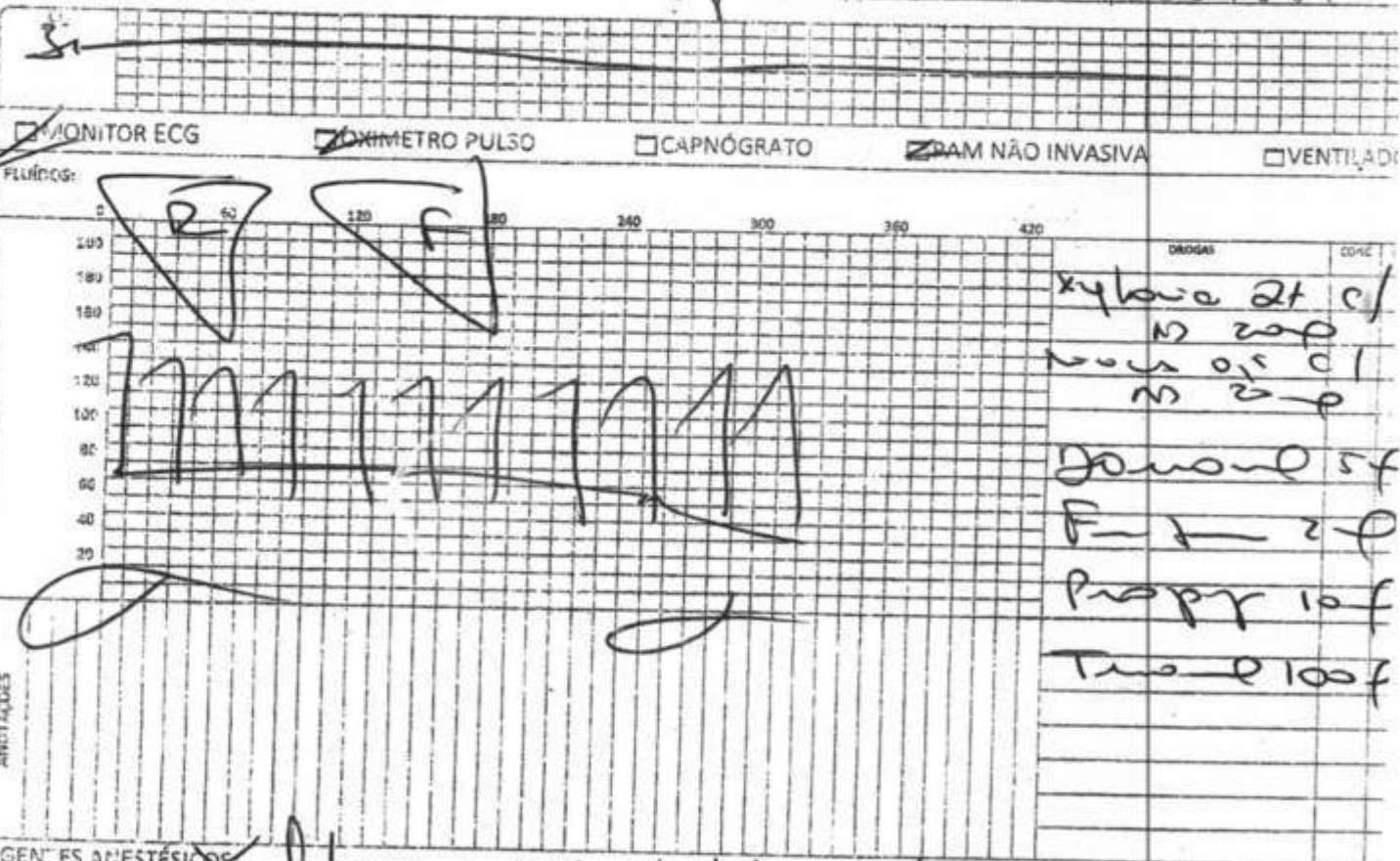
ed: alta pl enfermária hospitalar

LEGENDA:

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

DATA: 24/10/18

PACIENTE: Rosalvo M. da Silva				MATRICULA:		CONVENIO:	
IDADE: 26	SEXO: M	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:	
CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lima				ANESTESISTA: Dr. Paulo M. Silva			
1º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:			
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fístula da cabeça do R220							
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO:							
CIRURGIA PROPOSTA:							
CIRURGIA REALIZADA: Dessecção Parcial						CÓDIGO CIRURGICO:	
PRÉ-MEDICAÇÃO:						HORA:	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:40		INÍCIO DA OPERAÇÃO: 09:00		ALT DA ANESTESIA: 09:40		RISCO OPERATÓRIO: 1-2-3-4	ESTADO FÍSICO: 1-2-3-4-5-6-7



AGENTES ANESTÉSICOS: Xylorac 2t + Neu 0,5 c/ m

TÉCNICA: Bloqueio Plexo

INDUÇÃO:	POSIÇÃO:	LOCAL PUNÇÃO:	LÍQUIDO RETIRADO:
TÉCNICA:	POSIÇÃO APOS:	POSIÇÃO OPERATÓRIA:	RESULTADO B.R.M.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 30	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 40	CONSCIÊNCIA:	
POS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UT; <input type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		CONDIÇÕES: Dra. Patrícia Medeiros Ferreira Anestesiologista CRM 52529
OBSERVAÇÕES:			ASSINATURA DO ANESTESISTA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROSIVALDO MOTA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSORA / F
25858416 SSP SE

CPF
054.978.795-00

DATA NASCIMENTO
10/09/1992

FILIAÇÃO
ROBERTO CARDOSO DA
SILVA
NEUZA MOTA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
06253607249

VALIDADE
15/12/2018

1ª HABILITAÇÃO
06/12/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Rosivaldo Mota da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
15/01/2016

Marcos Sampalo Kuhl
DIRETOR-PRESIDENTE DETRAN/SE
(EM SUBSTITUIÇÃO)
ASSINATURA DO EMISSOR

16664808520
SE017694841

DETRAN-SE (SERGIPE)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1236618186

PROIBIDO PLASTIFICAR
1236618186