



**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

1^a 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 Apenasdos:

--

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: 00001037146-2

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 (TRÍADE 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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

Rosivaldo Mota da Silveira

CPF:

054.978.795-00

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

Nome completo:

Rosivaldo Mota da Silveira

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

CEP:

43600-000

Centro

Novo Senhor das Dores

SG

E-mail:

Marcosdegloria@gmail.com

Tel.(DDD):

29-999

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO:
 RECUSO 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237) Itaú (341)

 Nome do BANCO: Bradesco
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 AGÊNCIA:

 CONTA:

 AGÊNCIA: 018

 CONTA: 01037146

(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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

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

 Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

 Local e Data: Novo Senhor da Glória, 17-01-17

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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
PÓLICIA 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 Policia: 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)

Bairro: Outro

Logradouro: Rodovia SE que liga Dores a Capela

CEP: 49.600-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	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 N°: 373
Logradouro: Rua José Figueiredo Barreto CEP: 49.600-000
Bairro: centro
Telefone: (79) 99914-7809 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Velículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	054.978.805-09	Placa	QMC8480
Renavam	01136353701	Número do Motor	KD08E1H445857
Número do Chassi	9C2KD0810HR445855	Ano/Modelo Fabricação	2017/2017
Cor	Vermeia	Município Veículo	Nossa Senhora das Dores
Marca/Modelo	HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
<u>Nome Envolvido</u>		<u>Envolvimentos</u>	
Rosivaldo Mota da Silva		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

EDIS MAL 10

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 Acolhimento

Rosivaldo Mota da Silva
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (assine) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia, 340-Munição 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: 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 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 PELA 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 Jose Marcos de o. Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosvaldo jato da silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.978.795, 00

do sinistro de DPVAT cobertura moradia

da Vítima Rosvaldo 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 100 Silveira</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Ex-tarau</u>
Bairro:	<u>Brasília</u>	Cidade:	<u>N. Gra. Da Glória</u>	Estado:	<u>DF</u>
E-mail:	<u>marcosduarte90@gmail.com</u>			CEP:	<u>709.680-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>61 99918-9207</u>

Local e Data: N. Gra. Da Glória 17-01-19

Jose Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

31 JAN 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosivam nota da Silva,
RG nº 2585842-4, data de expedição 03/11/2008
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 059.978.805-09, com
domicílio na cidade de NOSSA SENHORA 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
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Rosivaldo nota da Silva, cujo o condutor era
Rosivaldo nota da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA Bros 160
Ano: 2017
Placa: QMC-8480
Chassi: 4C2KD0810HR495855
Data do Acidente: 19/10/2018
Local e Data: Dores / 19 de outubro 2018

X Rosivam nota da Silva
Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS
NOSSA SENHORA DAS DORES - SE

Leia Notação Correta de Nascimento - TRAILER
Carolina Jorge Rodrigues Soárez - SUBSTITUTA
Fone: 0800 28 60 127 - 0800 28 76 025 - Site: www.tjse.jus.br

Consegui por Autenticidade a firma de ROSIVAM
NOTA DA SILVA em 15/01/2019 13:41:16 e dou fé
Em testemunho da verdade. ESCREVENTE
ALESSANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emol. R\$ 6,98
FERD R\$ 1,40, Total R\$ 8,38 Selo:
201929560000641, Site: www.tjse.jus.br/x/3TCMKz

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Alessandra Santos de Lima Andrade
Escrevente

NOME DO PACIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

DATA DA ENTRADA: 20/10/2018

DATA DA SAÍDA: 1/1/1

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 MOTOCICLISTA, APRESENTANDO FRACTURA
EM CLAVÍCULA DIRIGITA, FRACTURA DE ROTOVELO DIRIGITO, FRACTURA DO
SEIO MAXILAR DIRIGITO ESTA COM IMPLANTAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADORE
AS DEMAS FRACTURAS TRATADAS COM TALO DESSAO, TENDO SUA TRANS-
FERENCIADA PARA F.B.H.C PARA CONTINUACAO DO TRATAMENTO
EM 23.10.2018

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não ocorreu nenhuma cirurgia

EXAMES COMPLEMENTARES:

TOPOGRAFIA DE CRANIO, RADIODENSÍAS, HEMOGLOBINA

MÉDICOS ASSISTENTES:

DRA. AMANDA OLIVEIRA

DRA. PATRICIA GALALDO

DR. ILONACIS RODRIGUES

DR. FRANCIS LIMA DE LASCARRELOS

DR. WASHIKOTO BATISTA

DR. ADRIANO FRANCO CARMO

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
CPF: 201.951.925-91
Médico
CRM / SE 1518

José Luiz de Oliveira

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Ortopedia

PROS MARTE

06:30

paciente com dor na clavícula

no cíngulo ①

Dor + deformidade do cotovelo

hx - fx/lx de clavícula
Tendão serrátil

② Redução + Tala furada

infusão
+ t.c de cíngulo

Dr. Ronald Barreto
Proteína Fibrinogênio
1000 ml 10% 1000 ml

Peso NC:

paciente vítima de acidente
de moto com capacete, só pôde
de consciente, ofuscado.

ECG - 15. Nigra cefalio e
epat.

No crânio: 31 anormalidades
multiples, fraturas +/a hemorragias

No crânio normal

cd: Alterado NC

Atm an. lato de ortopedia

Dr. Antônio Carlos Silveira de Andrade
Neurocirurgião
CRM-SE 2758

BMF

22/10/18

+c: Fratura do processos de peso moles ②. Trânsito conservado

ACTA BMF

A. A. Tondela

Dr. Antônio
Neurocirurgião
CRM-SE 2758
CRO 143

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Rosivaldo Mota da Silva

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

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: HU SE (União Trauma), Dr. S...y

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente trazido pelo Colégio de trabalhadores, nove
quintal de moto e 15 minutos minutos, se
uso de Conacetamol. Nenhum sangue, feridas,
lacerações e contusões. Nenhum desordem de
coagulação de hemorragia de localizada, EF;
NEG, ECG: 14; Pupila: 10mm agudo, no outro
olho ex. FC: 86bpm, FR: 18ipm; Sc: 102; 96% de oxig.
PA: 130x80. Aclu: RCR = 21,4 mmHg. A1: Hb 10,5
g/dL, Ht 31,4%, Vcs: 3000 pmc, Escorpião e
cento e (seis) mortais de Colégio e (1) e
duas contusões ósseas. (1) Fratura interna e
esternal (1) e possivel luxação de ombro (1).

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① Protócolos de trauma, ② Hb 10,5, ③ Ht 31,4%,
1000 - l, 1V; ④ Luminárias do membro
e Colégio, ⑤ Maglumicina ativa.
⑥ SUD, (01:00m) ⑦ NLS e, em 5.

Dr. Denevan Rodrigues dos Santos
CRMSE 1021

PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PREScrição MÉDICA

Nome:

Rosendo Mota da Cunha

Idade: _____

Data: _____

DATA	HORA	PREScrição	HORÁRIO
20/10	045	Olá Dr. Geral	17:45
		① $\frac{1}{2}$ tablet CV 0/8h	17:45
		② Diprivan 4ml EV 0/6h	17:45
		③ Tropifend 100mg EV 12/12h	17:45
		④ Replan 2g CV 8/8h	18:02
		⑤ Real de Ortopedia - Enfermar apar a TC.	
		⑥ Ameproxal 100	
		⑦ Ameproxal 40mg EV 1x/dia	18:06

Dr. Ronald Barreto

Dr. Ronald Barreto
Ortopedia - Enfermar

MS-DATASUS
VERSÃO: 15.60

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1
DATA: 07/11/2018

O.E: M280030801

ESFERA: PRIVADO

Num AIH: 281810016458-3

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

APRESENTAÇÃO: 11/11/2018

Data Autorização: 23/10/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 190136126980000

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009 Doc Médico solic: 980016000138321

CNS: 70630577452517-9

CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Paciente: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

Data Nasc.: 10/09/1992 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Nome da Mãe: NEUZA MOTA DA SILVA

Responsável pac.: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APPLICA

Telefone: (79)9991-47809 Muda Proc.? NÃO

Endereço: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO 373 Bairro: CENTRO

Município: 280480 - NOSSA SENHORA DAS DORES: SE CEP: 49600-000

Procedimento solicitado: 04.08.02.054-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO

Procedimento principal: 04.08.02.054-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO

Diag. principal: S530-LUXACAO DA CABECA DO RÁDIO

Diag. secundário:

Causa Obito:

Modalidade: HOSPITALAR

Complementar:

Caráter atendimento: 02 - URGÊNCIA

Data internação: 23/10/2018

Data saída: 25/10/2018

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior:

AIH Posterior:

Liberação SISAIH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: - / -

Vínculo Previdência:

CNAER: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor pr	Qtde	Gmot	Descrição
2	0408020547 190125400140018 225151(6)		3359948	3359948	1	10/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	Custo Total	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL	
		Direto		Direto		Rateado			
		Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
VALORES DA PRÉVIA	311,42	201,27	33,04	77,11					
Total Geral:								311,42	

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

Nº Pré-Natal:

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

20/11/18
Dra. Ana Lise
Supervisora
12/10/2018 - 10/11/2018
12/10/2018 - 10/11/2018
12/10/2018 - 10/11/2018



Sistema
Único de
Saúde
SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTEGRAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÉNCIA 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, N.º, BAIRRO)

RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO N.º37?

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Nossa Senhora das Dores

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de quebra de mob há 01 dia
com dor edema e deformidade em abdômen e clav-
ícula 01 lux abdômen clavícula - 0408020547
01 lux clavícula - 0408010150

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

10/09/1992

10/09/1992

8-3

3

12 - TELEFONE DE CONTATO

79

14 - TELEFONE DE CONTATO

79

16 - UF

SE

18 - CEP

49600-000

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

exame clínico + RX

(v29.9)

Vagg

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID-10 PRINCIPAL

CID-10 SECUNDARIO

CID-10 DAUSAS ASSOCIADAS

lux abdômen clavícula

550

5900

DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0908020547

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - CNS

33 - CPF

34 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

37 - DOCUMENTO

38 - CNS

39 - CPF

40 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - SÉRIE

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - N.º DO BILHETE

54 - N.º DO BILHETE

55 - N.º DO BILHETE

56 - N.º DO BILHETE

57 - N.º DO BILHETE

58 - N.º DO BILHETE

59 - N.º DO BILHETE

60 - N.º DO BILHETE

61 - N.º DO BILHETE

62 - N.º DO BILHETE

63 - N.º DO BILHETE

64 - N.º DO BILHETE

65 - N.º DO BILHETE

66 - N.º DO BILHETE

67 - N.º DO BILHETE

68 - N.º DO BILHETE

69 - N.º DO BILHETE

70 - N.º DO BILHETE

71 - N.º DO BILHETE

72 - N.º DO BILHETE

73 - N.º DO BILHETE

74 - N.º DO BILHETE

75 - N.º DO BILHETE

76 - N.º DO BILHETE

77 - N.º DO BILHETE

78 - N.º DO BILHETE

79 - N.º DO BILHETE

80 - N.º DO BILHETE

81 - N.º DO BILHETE

82 - N.º DO BILHETE

83 - N.º DO BILHETE

84 - N.º DO BILHETE

85 - N.º DO BILHETE

86 - N.º DO BILHETE

87 - N.º DO BILHETE

88 - N.º DO BILHETE

89 - N.º DO BILHETE

90 - N.º DO BILHETE

91 - N.º DO BILHETE

92 - N.º DO BILHETE

93 - N.º DO BILHETE

94 - N.º DO BILHETE

95 - N.º DO BILHETE

96 - N.º DO BILHETE

97 - N.º DO BILHETE

98 - N.º DO BILHETE

99 - N.º DO BILHETE

100 - N.º DO BILHETE

101 - N.º DO BILHETE

102 - N.º DO BILHETE

103 - N.º DO BILHETE

104 - N.º DO BILHETE

105 - N.º DO BILHETE

106 - N.º DO BILHETE

107 - N.º DO BILHETE

108 - N.º DO BILHETE

109 - N.º DO BILHETE

110 - N.º DO BILHETE

111 - N.º DO BILHETE

112 - N.º DO BILHETE

113 - N.º DO BILHETE

114 - N.º DO BILHETE

115 - N.º DO BILHETE

116 - N.º DO BILHETE

117 - N.º DO BILHETE

118 - N.º DO BILHETE

119 - N.º DO BILHETE

120 - N.º DO BILHETE

121 - N.º DO BILHETE

122 - N.º DO BILHETE

123 - N.º DO BILHETE

124 - N.º DO BILHETE

125 - N.º DO BILHETE

126 - N.º DO BILHETE

127 - N.º DO BILHETE

128 - N.º DO BILHETE

129 - N.º DO BILHETE

130 - N.º DO BILHETE

131 - N.º DO BILHETE

132 - N.º DO BILHETE

133 - N.º DO BILHETE

134 - N.º DO BILHETE

135 - N.º DO BILHETE

136 - N.º DO BILHETE

137 - N.º DO BILHETE

138 - N.º DO BILHETE

139 - N.º DO BILHETE

140 - N.º DO BILHETE

141 - N.º DO BILHETE

142 - N.º DO BILHETE

143 - N.º DO BILHETE

144 - N.º DO BILHETE

145 - N.º DO BILHETE

146 - N.º DO BILHETE

147 - N.º DO BILHETE

148 - N.º DO BILHETE

149 - N.º DO BILHETE

150 - N.º DO BILHETE

151 - N.º DO BILHETE

152 - N.º DO BILHETE

153 - N.º DO BILHETE

154 - N.º DO BILHETE

155 - N.º DO BILHETE

156 - N.º DO BILHETE

157 - N.º DO BILHETE

158 - N.º DO BILHETE

159 - N.º DO BILHETE

160 - N.º DO BILHETE

161 - N.º DO BILHETE

162 - N.º DO BILHETE

163 - N.º DO BILHETE

164 - N.º DO BILHETE

165 - N.º DO BILHETE

166 - N.º DO BILHETE

167 - N.º DO BILHETE

168 - N.º DO BILHETE

169 - N.º DO BILHETE

170 - N.º DO BILHETE

171 - N.º DO BILHETE

172 - N.º DO BILHETE

173 - N.º DO BILHETE

174 - N.º DO BILHETE

175 - N.º DO BILHETE

176 - N.º DO BILHETE

177 - N.º DO BILHETE

178 - N.º DO BILHETE

179 - N.º DO BILHETE

180 - N.º DO BILHETE

181 - N.º DO BILHETE

182 - N.º DO BILHETE

183 - N.º DO BILHETE

184 - N.º DO BILHETE

185 - N.º DO BILHETE

186 - N.º DO BILHETE

187 - N.º DO BILHETE

188 - N.º DO BILHETE

189 - N.º DO BILHETE

190 - N.º DO BILHETE

191 - N.º DO BILHETE

192 - N.º DO BILHETE

193 - N.º DO BILHETE

194 - N.º DO BILHETE

195 - N.º DO BILHETE

196 - N.º DO BILHETE

197 - N.º DO BILHETE

198 - N.º DO BILHETE

199 - N.º DO BILHETE

200 - N.º DO BILHETE

201 - N.º DO BILHETE

202 - N.º DO BILHETE

203 - N.º DO BILHETE

204 - N.º DO BILHETE

205 - N.º DO BILHETE

206 - N.º DO BILHETE

207 - N.º DO BILHETE

208 - N.º DO BILHETE

209 - N.º DO BILHETE

210 - N.º DO BILHETE

211 - N.º DO BILHETE

212 - N.º DO BILHETE

213 - N.º DO BILHETE

214 - N.º DO BILHETE

215 - N.º DO BILHETE

216 - N.º DO BILHETE

217 - N.º DO BILHETE

218 - N.º DO BILHETE

219 - N.º DO BILHETE

220 - N.º DO

PACIENTE: <i>Cosme M. da Silveira</i>				MATRÍCULA:	CONVENIO:		
IDADE: 26	SEXO: M	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:	
ENURGIA: <i>Releto bruxo</i>				ANESTESISTA: <i>D. Rose M. S.</i>	2º AUXILIAR:		
1º AUXILIAR:							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura da Cabeça do Riso</i>							
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:							
CIRURGIA PROPOSTA:							
CIRURGIA REALIZADA: <i>Besseca Parcial</i>				CÓDIGO CIRURGICO:			
PRE-MEDICAÇÃO:				HORA:	RESULTADO:		
INÍCIO DA ANESTESIA: <i>08:40</i>	INÍCIO DA OPERAÇÃO: <i>09:00</i>	ALT DA ANESTESIA: <i>Bloco</i>	RISCO OPERATÓRIO: <i>1-2-3-4</i>	ESTADO FÍSICO: <i>1-2-3-4-5-6-7</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR ECG <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO PULSO <input type="checkbox"/> CAPNÓSÍSTO <input checked="" type="checkbox"/> BARRA NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILADOR							
Bloco							
DROGAS: <i>Xylocaine 2% + Neostigmine 0,5 mg + Fazitamina 2 mg + Propofol 100 mg + Furosemide 100 mg</i>							
AGENES ANESTÉSICOS: <i>Xylocaine 2% + Neostigmine 0,5 mg + Fazitamina 2 mg + Propofol 100 mg</i>							
TÉCNICA: <i>Bloco Plexo</i>							
INDUÇÃO:	POSIÇÃO:	LOCA. PUNÇÃO:	LÍQUIDO RETIRADO:				
TÉCNICA:	POSIÇÃO APÓS:	POSIÇÃO OPERATÓRIA:	RESULTADO B.R.M.				
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <i>30</i>	DURAÇÃO DA ANESTESIA: <i>40</i>	CONSCIÊNCIA:					
POS-OPERATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES: <i>Dra. Patrícia Medeiros Ferreira Anestesiologista CRM-PE 2529</i>					
OBSERVAÇÕES:				ASSINATURA DO ANESTESISTA			

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria
DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
DATA: 23/10/2018 11:17:14
TIPO: Urgência
CONVENIO: SUS INTERNO
PROFISSIONAL: 866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

LE TO: ✓ ORT BUZO D06 - Ortopedia I

PACIENTE

CA TAO SUS:706305774526179

ATENDIMENTO: 1057574
NOME: ROSIVALDO MOTA DA SILVA
ENDERECO: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO N° 373
BAIRRO: Centro UF SE CEP: 49600000
CIDADE: Nossa Senhora das Dores CP 05497879500
FONE: 99914-7809/99928-2901 R.: 25658416
DATA NASC.: 10/09/1992 IDADE: 26 SEXO: Masculino
EST. CIVIL: Solteiro PR FISSAO
NOME DO PAI: ROBERTO CARDOSO DA SILVA
NOME DA MAE: NEUZA MOTA DA SILVA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:

ENDERECO: CIDADE: UF
BAIRRO:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: 852.0-Fratura da extremidade superior do cubito (ulna)
ORIGEM: Nossa Senhora das Dores
DIAS INTERNAMENTO: 9999
PROC.SUS: 041503001-3 Tratamento Cirurgico Em Politraumatizados
AIH.:

Lindiane Mota Souza
Secretaria Clínica I
Mat. 89441

Carina das Santos Souza
Matrícula / 97240
Secretaria Clínica / FBHC

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - ROSIVALDO MOTA DA SILVA**crl.complexoregulatorio.org**

<sigau.regulacaodeleitos2@gmail.com>

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

22 de outubro de 2018

16:48

Boa tarde. Segue cód. autorizativo.

RL2210HCO1D6YL5

Atenciosamente,

Yuri Lobão

Médico Regulador

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuações, 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 continuações, 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. Ficá 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

NOME DO PACIENTE: ROSIVALDO MOTA DA SILVA		DATA DE ADMISSÃO:
NOME DA MÃE: NEUZA MOTA DA SILVA		DATA DE NASCIMENTO:
ENDERECO: RUA JOSE FIGUEREDO BARRETO		IDADE:
CNS:	706305774526179	PLANO DE SAÚDE: NÃO
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 <input checked="" type="checkbox"/> ÁREA AZUL <input type="checkbox"/> ÁREA VERDE <input checked="" type="checkbox"/>
	OUTROS: _____

CALENDÁRIO PRINCIPAL E DURACÃO:

DOIS EM CLAVICULA D + COTOVELO P

ESTRUTURA DA PESQUISA ATUAL

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

ASPECTOS DESEJOANOS E COMORBIDADES:

NÃO

BY - LABORATORIO - ECG

ANEXO 02 - FOLHA DE REFERENCIAIS / ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES

FRATURA DE CLAVICULA + TRIADE TERRIVEL DE COTOVELO D

RESUMO DA TERAPEUTICA INSTITUIDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROTEZIA 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 O2: [] 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 CARDIÁCA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO-ORAL: SNEI () NPT () GTT ()	ISOLAMENTO: SIM () RESPI () CONTATO () NÃO ()	INSUF RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (DN)	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MMR	
NAO	NAO	ORAL	NÃO	NÃO		15	
MOTILIDADE							
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS				
NAO	NAO	SIM					
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)							
FRATURA DE CLAVICULA + TRIADE TERRIVEL DE COTOVELO D							
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO							
FALTA DE VAGA							
É VEDADO AO MÉDICO							
<p>Art. 35. Exagerar agravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou qualquer outros procedimentos médicos.</p>				<p>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.</p>			
<p>Médico Solicitante Assinatura: Data: 02/10/18 Hora: 13:00</p> <p><i>Antônio Francisco Cabral Ortopedia / Traumatologia CRM 580</i></p>				<p>NIR Data: 02/10/18 Hora: 13:00 Responsável: <i>gabri</i></p>			
<p>Medico do NIR</p>				<p>CRL (RECEBIMENTO)</p>			
<p>Assinatura: Data: Hora:</p>		<p>Assinatura: Data: Hora:</p>					
<p>Carimbo: Comentários Médico CRL</p>		<p>Carimbo: Comentários Médico CRL</p>					
<p>CRL (Autorização)</p>							
<p>Data: Hora: MR: Código: Assinatura</p>							
ATENÇÃO							
<p>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.</p>							
<p>Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.</p>							

CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISSIONAL

NOME: Rosivaldo Mota da Silva
 LEITO: _____ MATRÍCULA: _____
 HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (X)
 DATA FRATURA: 19/10/2018

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

DATA INTERNAMENTO: 23/10/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM (X) NÃO ()

COLHIDOS: SIM () NÃO (X)

IMPRESSOS: SIM (X) NÃO ()

RX: () PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE ()

ECO: SIM () NÃO ()

SEM QUALIDADE ()

ECG: SIM (X) NÃO ()

PEDIDA: SIM () NÃO ()

PEDIDO: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO (X)

REALIZADO: SIM () NÃO ()

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO ()

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

IDADE: _____ SEXO: M () F ()

LEITO: 19/10/2018 DATA INTERNAMENTO: 23/10/2018

EXAMES LABORATORIAIS: OK () ALTERADO ()

COLHIDOS: SIM () NÃO ()

IMPRESSOS: SIM () NÃO ()

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

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

SEM QUALIDADE ()

ECG: SIM () NÃO () SOLICITADO; SIM () NÃO () FEITO

PEDIDO: SIM () NÃO ()

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

REALIZADO: SIM () NÃO ()

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

REALIZADO: SIM () NÃO ()

DATA DA CIRURGIA 23/10/2018 ORTOPEDISTA: _____

CHECKLIST ORTOPÉDICO DO CENTRO CIRÚRGICO

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

DATA FRATURA (/ /) DATA INTERNAMENTO (/ /) CONVÉNIO: SUS () IPES () PLANO ()

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

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

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

PREScriÇÃO: OK (); EVOLUÇÃO: OK (); ATO CIRÚRGICO: OK ()

OPME: OK (); NÃO SE APPLICA ()

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

MOTIVO DA SUSPENSÃO _____

REMARQUADA PARA (/ /)

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

UNIDADE:

CRUZ

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE: SERVIÇO:

APLUS QUARTO: ENFERM. LEITO: CONVÉNIO:

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

23/10/18 18:00 - lyx capelense (Início Jornada)

sent de chupeta co

grande grande co HOSE p/ JN/ crura

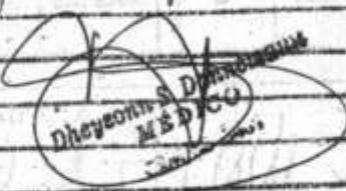
de 1000g com história de queda de moto há 03 dias

com dor e limit de mobil em ombro e

ombro e dor de tala axilo-pulmão colo

o, e dirig carro com dor

CD -





CRUNCA

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

UNIDADE:

PACIENTE:

Renivaldo Neto da Silva

MATRÍCULA:

1057574

IDADE: 26 anos

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

SUS

DATA:
HORA:

EVOLUÇÃO

04/10/18 Paciente portador de fratura do fêmur de rádio direito.
Submetido a resecção da calvça do rádio - parcial.

Dr. Roberto Lima
Ortopedia Traumatologia
CRM-1173

27/10/18

1110

PAÍS	UF	CID	DATA
Brasil	SP	04	04/10/18
INCIDENTE		TÉCNICO	
Cetavolo P		Antônio	
09 P	09 P	09 P	09 P

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

HORA:

Bonivento Faria da Silva

p. 27

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

CIKUKIA

p. 27

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 + TRÍADE 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 Calvet
Ortopedia / Traumatologia
CRM 880

Ortopedia

06:30

Paciente com dor na clavícula e
no ombro (D)
Dor + deformidade do ombro
Rx - Frx de clavícula
Tendão serrátil

(a) Redução + Tala fixada
Injeção de ceto de ombro

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

Peso NC:

Sairute utens de audição
de ouço sem capacete, se puder
de comunicação, ofício

ECG-15. Nega cefalóp e
epatô.

Te crânio sem anormalidades
cúpulas, fraturas e/ou hemorragias
Te crânio normal

cd: Alterado NC

At: anel de ombro ortopédia

Dr. Antônio Carlos Silveira de Araújo
Neurocirurgião
CRM-SE 2269

BMF
20/10/18

te: Rotura de paréte do piso nasal (D). Trajamento conservado
ACTA BMF

A Ortopedia

J. L. Alcemiir Me
BUCOMAX - FONDA-TV
CRO 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 + TRÍADE TERRÍVEL COTOVELO D

Evolução Médica:

P/20. am. de N/20. out.
G/1. Mart. de

DR. FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-SE 38711

	Prescrição Médica		Horário de Administração
1	Dieta VO, LIVRE		5/10
2	SF 0,9% 1000ML EV 12/12HS		5/10 0/10
3	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00		2/10 0/10 1/10
4	DIPIRONA 2:8AD EV 6/6HS		0/10 1/10
5	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h		0/10 1/10
6	Tramal 100mg + 250 mL SF0,9, IV, 8h/8h SOS		3/10 5/10
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 D1		0/10 1/10 1/10
18	R/20. SVR.	OK	
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 + TRÍADE TERRÍVEL COTOVELO D

Evolução Médica:

Paciente evolui vi queixa, ex NVD+.
Col. = Mota

	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 DIARIO 1X/DIA	
17	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h D2	
18		
19		
20		
21		
22		
23		

*Dr. Washington
Ortopedista
Traumatologista*

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Roservaldo Neto de Souza MATRÍCULA: 057874 CONVÉNIO: Ses
CIRURGIA REALIZADA: Folha de obesidade DATA: 24/10/18 CIRURGÃO: Dr Roberto Lop
1º AUXILIAR: Patrícia 2º AUXILIAR:
ANESTESIA: general endotracheal ANESTESIOLOGISTA: Dra Patrícia
CIRULANTE: Janete

MEDICAMENTOS	QNT	QNT
ÁCIDO TRAHEXAMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML		OXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HIPOGLOS) 30G
ÁGUA DESTILADA 10ML		OMEPRAZOL 40MG\10ML
AMINOFILINA 24MG\10ML		ONDASTERONA 2MG\4ML
ATRACURIO 25MG\5ML		PANCURONEO 4 MG\2ML
ATROPINA 0.25MG\ML		PENTOXIFILINA 100MG\5ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML		PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UJ
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) C\CASO 1200 .00 20ML	01	PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) S\VASO 0.5% 20ML		RANITIDINA (ANTAK) 50MG\2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) PESADA 0.5% 20ML		SUBGALATO DE BISMUTO 30G
CAPTOPRIL 25MG COMP.		SUXAMETONEO 100MG\FRASCO
CEFALOTINIA (KEFLIN) 1G SOL. INJETÁVEL		SUXAMETONEO 500MG\FRASCO
CLORPROMAZINA 25MG\5ML		TERBITALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML
CEFAZOLINA 1G SOL. INJETAVEL		VANCOMICINA 50MG\ML
CEFTRIAKONA 1G SOL. INJETAVEL		EQUIPAMENTOS
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ UOFIL		APARELHO DE ANESTESIA
CIPROFLOXACINO 200MG\100ML		BISTURI ELETRICO / BIPOLAR
CISATRACURIO (NIMBIUM) 10MG\5ML		CAPNÓGRAFO
CLINDAMICINA (DALACIM) 600MH\4ML		DESFIBRILADOR
CLONIDINA SOL. INJETAVEL		ENDOSCÓPIO
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%	propofol	ESTRIBO
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA
COLAGENA SE 30G BISNAGA		FOTÓFORO
DESLANOSIDEO 0.4MG\2ML		LARINGOSCÓPIO
DEXAMETAZONA 4MG\2.5ML		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
DICLOFENACO 75MG\ML		MONITOR CARDIACO
DIPIRONA 500MG\2ML		ÓXIMETRO
DOBUTAMINA 250MG\20ML		RAIO X
ENOXAQUARINA 40MG\0.4ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG\ML		GASOTERAPIA
ETILEFRINA (EFORTIL) 1.0MG\ML		AR COMPRIMIDO
HIOSCINA(USCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML		GÁS CARBÔNICO
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		OXIGÊNIO
IMIPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG\120ML		PROTÓXIDO DE AZOTO
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELEBRIX)		VÁCUO
LIDOCAINA (S\VASO) 1% () 2% ()		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML		ÁGUA DESTILADA 1000ML
LIDOCAINA GEL\IA (BISNAGA) 30G		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML
LIDOCAINA + EPINEFRINA (C\VASO) 20ML - 1% () 2% ()	01	SORO RINGER + LACTATO 500ML
METOPROROL 15MG COMP.		SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML
METOPROROL 50MG COMP.		SORO GLICOSADO 5% 500ML
METROMIDOL 500MG\100ML		SORO GLICOFISIOLOGICO 5% 500ML
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML		FIOS CIRURGICOS
NEOSTIGMINA 0.5MG\ML		AÇO MONOFILAMENTO N° 0 () 1 () 2 () 4 () 5 ()
ALGODÃO S\AG. N° () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO MICROGOTAS-QNT () EQUIPO P\ TRANSFUSÃO-QNT ()
ALGODÃO S\AG. N° () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO AMBAR - QNT ()
CATGUT CROM. C\AG. N° 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	01	ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL
CATGUT CROM. S\AG. N° 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS
		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFALTIL ()
		IRRIGAFIX 4 VIAS

Nome:

Reservado

Idade:

30

Sexo:

()M

()F

Data de admissão: 23/10/18

Procedência:

Leito:

Matrícula:

1057574

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Reservado

do Silveira

23/10/18

Leito:

10

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

Vaga na UTI ()SIM ()NÃO

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue ()SIM ()NÃO Volume: _____
- Preparo: (X) Jejum a partir - HORÁRIO: 00:00 DATA: 23/10/18 (X) Punção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: () Prótese dentária () Lente de contato () Jóias () Grampos () Outros
- Alergia conhecida: ()SIM (X)NÃO ()QUAL (IS): _____
- Habito de vida: Tabagista: (X)SIM ()NÃO ()TEMPO: _____ / Etílico: ()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 no seu dia em enfermagem em companhia da equipe de enfermagem. O mesmo subiu sem ter alergia a nenhuma substância. Foi submetido a anestesia geral e hipertensão arterial. PA 120x76 mmHg. Freq 97 bpm.

ASSINATURA:

Candida Virginia Soledade Sant'Anna

COREN - SE 8688245

INTRA-OPEBATORIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr Roberto L. Wesley / Elíber
- Instrumentador: Dr Patrícia Glarey
- Anestesiologista: Dr Patrícia Glarey
- Circulante:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: _____ Realizado: _____
- Horário - Início: _____ h e Término: _____ h.
- Monitoração:
- () ECG () Oximetria () PANI () Pressão invasiva: _____
- Técnicas Anestésicas: _____
- () Geral venosa () Geral intravenosa _____
- () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter _____
- () Raquianestesia () 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 pt processo de anestesia em uso de uso + anestesia. Tensão arterial PA 144x99 mmHg, pulso 99, ECG 85, regular. Atenção de curativo recente encerrado. Tudo pt náusea de SRPA no intercorrente.

Maria Siqueira Costa
Tec. de Enfermagem
CORENSE 454851

feat Maria Costa

core 454851

ASSINATURA:

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

DISPOSITIVOS EM USO

CATETER 37 ____ /MIN (MASCARA O2 - FIO2: ____ % (VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % (VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % (MARCAPASSO
 CATETER VENOSO PERIFÉRICO (CATETER VENOSO CENTRAL (CATETER PERITONEAL (SONDA VESICAL (SONDA GASTRICA/ENTERAL (OSTOMIA
 FRALDA (CRENO SUÇÃO (DRENO PENROSE (DRENO TORACICO (DRENO TORÁCICO

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

0	FR: _____ rpm	SpO2: _____ %	FC: _____ bpm	PANI: _____ /	mmhg	Temp.: _____ °c	DOR: _____
30	FR: _____ rpm	SpO2: _____ %	FC: _____ bpm	PANI: _____ /	mmhg	Temp.: _____ °c	DOR: _____
60	FR: _____ rpm	SpO2: _____ %	FC: _____ bpm	PANI: _____ /	mmhg	Temp.: _____ °c	DOR: _____
90	FR: _____ rpm	SpO2: _____ %	FC: _____ bpm	PANI: _____ /	mmhg	Temp.: _____ °c	DOR: _____
120	FR: _____ rpm	SpO2: _____ %	FC: _____ bpm	PANI: _____ /	mmhg	Temp.: _____ °c	DOR: _____
150	FR: _____ rpm	SpO2: _____ %	FC: _____ bpm	PANI: _____ /	mmhg	Temp.: _____ °c	DOR: _____

HORARIO: 10:00 h Paciente adimplido na SRPA
ato cirúrgico sob efeito anestésico e
bonolento em este. Ele pode reper-

mo.
Tc
CPENSE

ASSINATURA:

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

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

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRIT E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)

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

HORARIO DE ALTA - SRPA: 10:30

ASSINATURA: RAFAEL LIMA

As 10:00 da SRPA

Aldrete = 10

ed: alta pl enfermaria hospitalar

LEGENDA:

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


Rafael Moura
Enfermeiro/Enfermeira
CRM-ES 5649



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME:	Rosivaldo Mota de Sá
NUMERO DE INTERNAMENTO:	10 57 374
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:	Fratura de cubo de do dedo
CIRURGIÃO:	Dr. Roberto Líp
ENFERMEIRO:	Sa. auffe
CIRCULANTE DE SALA:	Marcio
ANESTESIOLOGISTA:	Dra. Patrícia
INSTRUMENTADOR:	Alexandre / Kleber
DATA:	24/10/18
SALA CIRÚRGICA:	02

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES

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

Obs.: permanecer junto ao prontuário

DATA: 24/10/18

PACIENTE: Costa Lemos M. da Silva

IDADE: 26

SEXO: M

COR:

ENF:

MATRÍCULA:

CONVENIO:

CIRURGIA:

Dr. Reinaldo Braga

1º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

Dr. Patrícia M. Ferreira

LEITO:

APTO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura da Cabeça do Rio

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIA REALIZADA:

Dessecção Preactal

PRÉ-MEDICAÇÃO:

CÓDIGO CIRÚRGICO:

INÍCIO DA ANESTESIA

08:40

INÍCIO DA OPERAÇÃO

09:00

ALT DA ANESTESIA

51 cm

RISCO OPERATÓRIO

3-2-3-4

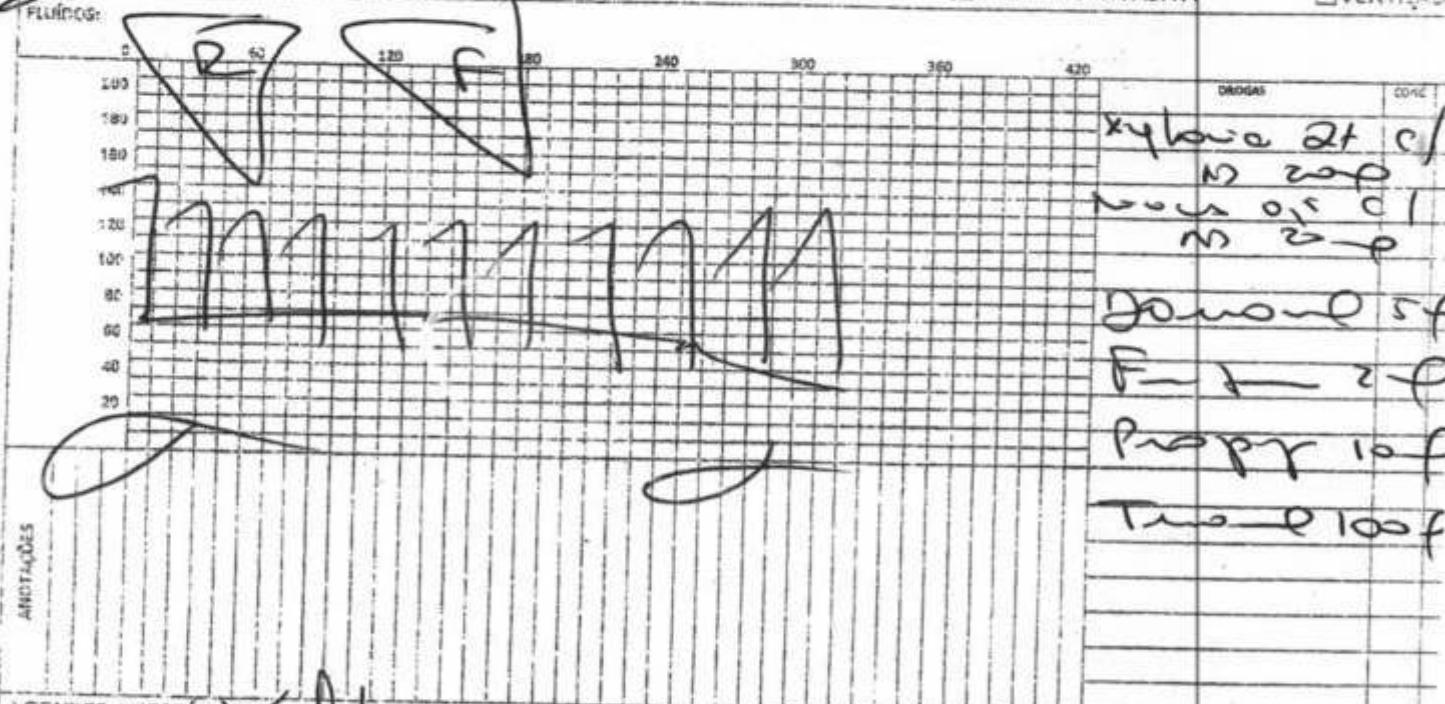
ESTADO FÍSICO

1-2-3-4-5-6-7

Sí

 MONITOR ECG OXÍMETRO PULSO CAPNÓGRAFO BIPAM NÃO INVASIVA VENTILADOR

FILÔMETROS:



ANESTÉSICOS:

Agen. Anestésicos: Xyloca 2% + Neost. 0,5 cl +
Técn.: Bloco PLEX

INDUÇÃO: POSIÇÃO: LOCAL PUNÇÃO: LÍQUIDO RETIRADO:

TÉCNICA: POSIÇÃO APÓS: POSIÇÃO OPERATÓRIA: RESULTADO B.R.M.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 40 CONSCIÊNCIA:

POS-OPERATÓRIO: UT: SRPA DESTINO DA SRPA: LEITO ALTA CONDIÇÕES:

HOSPITALAR

Dra. Patrícia M. Ferreira
Anestesiologista
CRF-SP 2529

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO ANESTESISTA

31 JAN 2019

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

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1236618186

NOME: ROSIVALDO MOTA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF: 25858416 SSP SE

CPF: 054.978.795-00 DATA NASCIMENTO: 10/09/1992

FILIAÇÃO: ROBERTO CARDOSO DA SILVA
NEUZA MOTA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CATHAB AS

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

16664808520
SE017694841

DETAN-SE (SERGIPE)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO