



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **SANDRO TAVARES DE LIMA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 25/10/2019, aproximadamente às 18h24min, na Avenida Bernardo Vieira, Lagoa Seca, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 289123/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 14 de janeiro 2020.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matricula 72.468-1

E

Id. Paciente: 55539/2019

Data Exame: 25/10/2019 20:42:33

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: LEONARDO/JS

Idade: 34 ano(s)

ANTEBRACO
81.2 %

E

Id. Paciente: 55539/2019 Data Exame: 25/10/2019 20:38:10
Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: LEONARDO/JS
Idade: 34 ano(s)
ANTEBRAÇO AP
81,2 %



Paciente: 5536/2019 - 10/01/2020 - 10/01/2020
Paciente: SANDRO SAVARES DE LIMA

E



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Data: 25/10/2019

Nº: 289123/1

CHAMADO

TARM: MICARLA PAULIANE FERREIRA GOMES
Rádio Operador: EWERTON ALEXANDRE VIEIRA SANTOS
Equipe Enfermagem Cena:

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Médico Cena: THIAGO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: THIAGO DE LIMA OLIVEIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOSÉ ORLANDO F. DE JESUS - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

VTR: USB 10 (CENTRAL)

REGULAÇÃO MÉDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: CABO EVARISTO

Telefone: ;084999875238

Nome do Paciente:

SANDRO TAVARES DE LIMA

Idade: *

34 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8107583 Longitude: -35.2108646

Endereço: BERNADO VIEIRA

Bairro: LAGOA SECA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CRUZAMENTO COM PRUDENTE

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO MOTO-MOTO

Quem Solicitou: PM

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

25/10/2019 18:26:23 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: 3 VÍTIMAS, AS 3 VÍTIMAS ESTÃO CONSCIENTE E RESPIRAM BEM E SEM SANGRAMENTO, UMA VÍTIMA COM LUXAÇÃO, OUTRAS VÍTIMAS COM ESCORIAÇÕES.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 7

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
25/10/2019
18:24:33
Saída Local:
25/10/2019
19:42:13

Regulação Médica:
25/10/2019
18:26:23
Chegada Destino:
25/10/2019
19:45:29

Solicitação VTR:
25/10/2019
18:56:41
Liberação Destino:
25/10/2019
19:52:27

Saída VTR:
25/10/2019
18:56:43
Liberação VTR:
25/10/2019
19:52:29

Chegada Local:
25/10/2019
19:38:46

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10181 /2019

Prontuário: 1190255

Paciente: **149088 - SANDRO TAVARES DE LIMA**

Cartão SUS: 705008291895657

Idade: 34 anos 5 meses 12 dias Sexo: M

Nome da mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Nome do pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Rua/Av: CARTEIRO MANOEL NETO

Complemento:

CEP: 59133384

Telefone: 84 988786251 84 988786251

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: SANDRO TAVARES DE LIMA -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 07049733407

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 18/08/1985

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 10

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Unidade: 4 ANDAR

Leito: 432

Admissão: 25/10/2019 21:14:07	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:
-------------------------------	-------	--------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.4 - FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
408020431 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 30/01/2020
MAT. Nº 138828-75
ASSINATURA

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 30 de Janeiro de 2020.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

CNS: _____

Nascimento: 18/11/1984

Sexo: Masculino

Prontuário: _____

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA

Paí: _____

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO DIR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FISICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:
S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAF

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização: _____



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

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Sandro Tavares Reg. Nº _____
Diagnóstico pré-operatório: fratura exposta da 2ª de antebraço esquerdo
Indicação terapêutica: limpeza + desbridamento + haste intramedular Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 26/10/19 - Início: _____ Término: _____ Duração: _____
Operador: Amor Alencar CRM/CRO: _____
1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: 0415040035 (3) 297 925 545
Anestesista: 0408020431 (2) 552.4 CRM/CRO: 265, 29

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em DTH sob anestesia:
abordagem de MRS
artroscopia + artroscopia + comp
abordagem de frs de fratura
limpeza de fr
desbridamento de tecido devitalizado
fechamento p plav!
Curativo
Tala avulsiva



26/10/19
01:00

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

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **55539 /2019**

Admissão: **25/10/2019 19:57:43**

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **149088 - SANDRO TAVARES DE LIMA** (34 a 5 m 12 d)

Nascimento: 18/08/1985 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: 705008291895657

CPF: 07049733407

Sexo: M Cor: PARDA

Prof: PASTELEIRO

Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Logradouro: CARTEIRO MANOEL NETO, 10

CEP: 59133384

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Telefone: 84 .988786251

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: COLISÃO MOTO/MOTO

Classificação: 25/10/2019 19:53:46

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA DE RADIO E UNA ESCORIAÇÕES

Hora: ____:____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

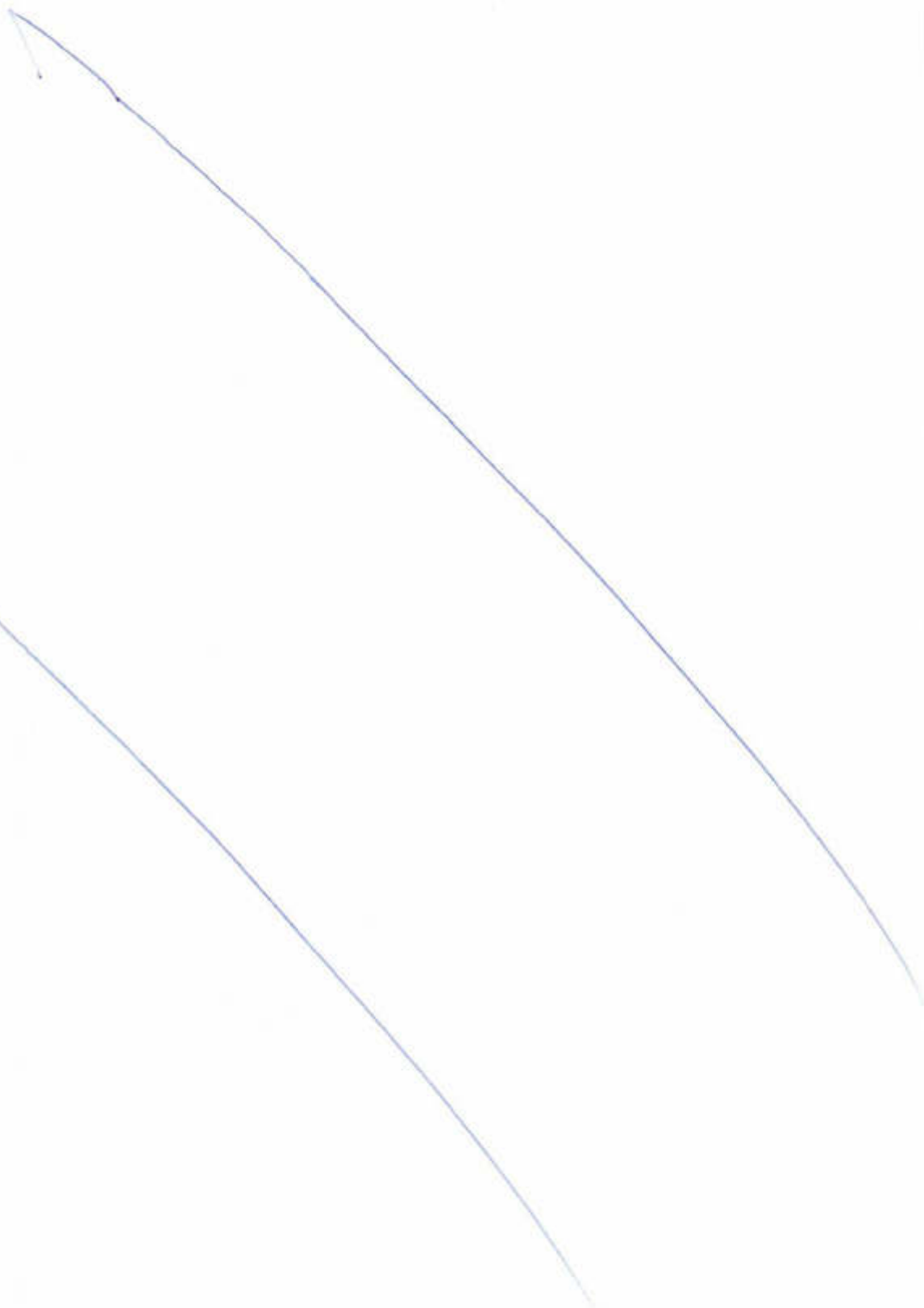
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 25/10/2019 21:14:06 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 30/01/2020
MAT. Nº. 154885
SANE
SIGNATURA

1. 2. 3. 4.



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**
CNS: **705008291895557** Nascimento: 18/11/1984 Sexo: Masculino
Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA Pai:
Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA

Fone: 88786251 /
CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNIFORME EM ANTEBRAÇO

98771-8444
98878-6251

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FÍSICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☒ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp: _____ CBOR: _____

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

CNS: 705008291895657

Nascimento: 18/08/1985

Sexo: Masculino

Prontuário: 1190255

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Paí: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 31402 / 2019

987718444

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MSD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAF

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

AMARO ALVES
CRM 5439

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação 04/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



Id. Paciente: 55539/2019 Data Exame: 25/10/2019 20:42:33

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: LEONARDO/JS
Idade: 34 ano(s)

ANTEBRAÇO LA
81,2 %



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DIVANEIDE FERREIRA DE SOUSA - CER/SUS/RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO - CIRURGIA ORTOPEDIA (inserir no site)

<https://www.regulacaorn.com.br>

Estabelecimento Solicitante (item obrigatório):	
Estabelecimento Executante (preenchido pelo prestador):	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <i>Samuel Torres de Lima</i>	
SEXO: ☒ M ☐ F	IDADE: <i>34 anos</i> DATA: <i>49 / 12 / 19</i>
CARTÃO DO SUS: <i>705 0082 9189 5657</i>	DATA DO NASCIMENTO: <i>10.08.1985</i>
RG: <i>002.391.876</i>	CPF: <i>070.497.334-07</i>
TELEFONES: <i>98770-8444 / 98870-6254</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Carlos Manoel Neto, nº 10</i>	
BAIRRO: <i>Pajuçara</i>	MUNICÍPIO DE ORIGEM: <i>Natal/RN</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (Especificar motivo do trauma e data da fratura): <i>Paciente com fratura de antebraço @ há 60 dias.</i>		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: <i>Tratamento Cirúrgico</i>		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS (anexar Raio x, se possível): <i>R: fratura de antebraço @</i>		
COMORBIDADES ASSOCIADAS E OUTRAS INFORMAÇÕES: ☐ * HAS ☐ DIABETES ☐ OBESIDADE ☐ SEM COMORBIDADES ☐ LESÃO POR PRESSÃO ☐ USO DE ANTIBIÓTICOS ☐ USO DE FIXADOR EXTERNO		
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura de antebraço @</i>	CID PRINCIPAL: <i>552</i>	SIS REG (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO): <i>040802042-3</i>

Data da fratura: 25.08



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DIVANEIDE FERREIRA DE SOUSA - CER/SUS/RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO - CIRURGIA ORTOPEDIA (inserir no site)
<https://www.regulacaorn.com.br>

Estabelecimento Solicitante (item obrigatório):

Estabelecimento Executante (preenchido pelo prestador):

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

Samuel Torres de Lima.

SEXO: ☒ M ☐ F

IDADE:

34 anos.

DATA:

____/____/____

CARTÃO DO SUS:

DATA DO NASCIMENTO:

RG:

CPF:

TELEFONES:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO DE ORIGEM:

BAIRRO:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (Especificar motivo do trauma e data da fratura):

Paciente com fratura de antebraço @ há 60 dias.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO:

Tratamento Cirúrgico

RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS (anexar Raio x, se possível):

R: fratura de antebraço @

COMORBIDADES ASSOCIADAS E OUTRAS INFORMAÇÕES:

☐ HAS

☐ DIABETES

☐ OBESIDADE

☐ SEM COMORBIDADES

☐ LESÃO POR PRESSÃO

☐ USO DE ANTIBIÓTICOS

☐ USO DE FIXADOR EXTERNO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

fratura de antebraço @

CID PRINCIPAL:

S52

SIS REG (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO):

040802042-3



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 20/12/2019 08:55

FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: 79633

Num. RG: **2391876**

CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO**

N.: 10

Bairro: **ALECRIM**

Cidade : **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59040220**

Fone: **84988786251**

Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE**

Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6**

Entrada: **20/12/2019 8:54** Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVIACB**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **705008291895657**

Médico : **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

SALA 003

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

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

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

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

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

SANDRO TAVARES DE LIMA

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 12/02/2020

Beatriz

Observações

PACIENTE COM 2 RX



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 20/12/2019 08:55

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: **79633**

Num. RG: **2391876**

CPF: **070.497.334-07**

Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO**

N.: **10**

Bairro: **ALECRIM**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59040220**

Fone: **84988786251**

Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE**

Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6**

Entrada: **20/12/2019 8:54** Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVIACB**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **705008291895657**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

SALA 003

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 20/12/2019 08:55

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA** Registro: **79633**
Num. RG: **2391876** CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO** N.: **10** Bairro: **ALECRIM**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59040220** Fone: **84988786251**
Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE** Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6** Entrada: **20/12/2019 8:54** Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVIACB**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **705008291895657**
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: **2156**

SALA 003

Dados do Responsável

Responsável:
Parentesco:

CPF:

RG:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

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

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

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156

Código Solicitação: 316784177

Número AIH: 241910106972-6

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora
NATAL

Data de Solicitação
25.11.2019 - 11:47:41

Data de Autorização
25/11/2019 - 14:11:51

Data de Reserva
26.11.2019

Data de Internação
26.11.2019

Data Prevista de Alta
28.11.2019

Data de Alta
26/11/2019 - 12:31:13

Motivo da Alta
1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

82893691404ANATALIA

Operador

62725246334ENDEL

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

705008291895657

Nome do Paciente

SANDRO TAVARES DE LIMA

Nome da Mãe

LUZINETE CORREIA DE LIMA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

18/08/1985 (34 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

10

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):(84) 98778-6251 *(Verificar Lista Detalhada)***Nome Social/Apelido:**

Naturalidade:

MAXARANGUAPE - RN

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

CARTEIRO MANOEL NETO

Bairro:

PAJUCARA

Município de Residência:

NATAL

Complemento:**CEP:**

59133-384

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO**CPF do Médico Solicitante:**

02402766476

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

S527 - FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTESE)

Nome do Médico Solicitante:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

Status da Solicitação:

APROVADA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Classificação de Risco

-- Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020423

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTESE), REFERIDO POR DOR, INFLAMAÇÃO E DEFORMIDADE FUNCIONAL./td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

LAUDO+RX+EX.LAB.

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PARTE CEN**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**CRM:****Data de Solicitação:**

25.11.2019 - 11:47:41

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**

432

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

Prontuário: 1190255

CNS: 705008291895657

Nascimento: 18/08/1985

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

987718444

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 31402 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MSD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

SS2.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

AMARO ALVES
CRM 5439

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação 04/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do Documento: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

() Acidente de Trabalho Trajeto

Cep: 59022-020 - Natal/RN

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado

CONFERE COM O REGISTRO EM, ____/____/____

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM O REGISTRO EM, ____/____/____

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**
CNS: 70500821519557 Nascimento: 18/11/1984 Sexo: Masculino
Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA Pai:
Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA

Fone: 88786251 /
CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO DR

98771-8444
98878-6251

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FÍSICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fátima
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____
Número da Autorização: _____



Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Data do Procedimento: 20122019

Registro: 79633

IH: 6

Diagnóstico pré operatório: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO (ULNA)

Código do procedimento

0408020423

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: FELIPE

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

PLACA RETSA DCP 02
PARAFUSOS CORTICAIS 12

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL NA MESA CIRURGICA: ASSEPSSIA E QANTISSEPSSIA. REDUÇÃO CIRYUGICA E FIXAÇÃO COM PLACA RETA DCP E PARAFUSOS CORTICAIS. SEGUIDA DE REDUÇÃO CIRURGICA E FIXAÇÃO DA ULNA COM PLACA RETA DCP E PARAFUSOS CORTICAIS.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, / /

CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

20/12/2019 18:22:07



Hospital Memorial
São Francisco

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

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

SANDRO TAVARES DE LIMA 633

IH: 6

Cirurgia Realizada

TC FRATURA DE ANTEBRAÇO A ESQUERDA.

Data

20/12/2019

Cirurgião

DR EDUARDO LOPES

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiologistas

DR FRANCISCO MELO

HORA

O2

ECG

PANI

PVC

Diurese

SpO2

ETCO2

V P. Sist.

A P. Diast.

F.C.

X PAM

Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHCO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
FARMACOS		
FENTANIL	500MG	03ML
MIDAZOLAN	15MG	01ML
NEOCAINA	0,5%	
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MCG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02AMP
DIPIRONA	1G	02AMP
DRAMIN	3MG	
DEXAMETASONA	10MG	
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
SF0,9%	500	04FRS

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO-SEDACÃO

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: g

POSICÃO: Antes:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL

TRAUMÁTICA NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL:

AGULHA:

Depois:

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

V.T.:

V.M.:

F.R.:

P.T.:

Nº

REFLEXOS:

BALANÇO

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM:

DR. FRANCISCO DA SILVA MELO
ANESTESIOLOGISTA SBA 15714
CRM: 4539 - CPF: 565.148.404-34
RQE: 3526

DURAÇÃO: 30MIN

INÍCIO: 17:30

FINAL: 18:00



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **79633** IH: **6** Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**
Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Internação: **20/12/2019 08:54:18** Leito: **SALA 003**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

20/12/2019 14:25:37 - COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO, CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO(A) EM SALA COM CATETER VENOSO Nº20 EM MS, VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: **NÃO**

Há reserva sanguínea: **NÃO**

Prótese: **NÃO**

Jóias: **NÃO**

Membro e lado da cirurgia: **MSE**

Exame Laboratorial: **SIM**

Risco Cirúrgico: **SIM**

Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 2**

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

Outros Exames:

Assinatura Responsável

SRPA

COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

Nível consciência: **CONSCIENTE E ORIENTADO**

Oxigenoterapia: **EM O^a AMBIENTE**

Acesso venoso: **SIM**

Diurese: **SIM**

Acianótico: **NÃO**

Pálido: **NÃO**

Sudorese: **NÃO**

Tremores: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO**

Raio X de Controle: **SIM-QTD: NO LE**

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

VERIFICADO SSVV: PA=120X80 MMHG, FC=82 BPM, SPO2= 99%

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **79633** IH: **6** Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**
Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Internação: **20/12/2019 08:54:18** Leito: **SALA 003**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: SEDAÇÃO + BLOQUEIO

Anestesiologista: DR. MELO

Tipo: FRATURA DIAFISARIA DE ANTEBRACO ESC

Cirurgião: DR MARCELO REGO

Instrumentador: FELIPE + RENAN

Circulante: VANESSA

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: 2 G CEFAZOLINA

Início da cirurgia: 17:24

Fim da cirurgia:

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, NEGA ALERGIA + COMORBIDADES, PUNCIONADO EM MSD JELCO 20, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS, CURATIVO LIMPO E OCLUIDO, ENCAMINHADO AO SRPA SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

VANESSA COSTA DA SILVA LINO
Técnico(a) COREN - 877745

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Convênio: SUS MUNICIPAL

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Leito: SALA 003

Admissão: 20/12/19 08:54

Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | \ Fraturas do cúbito [ulna] e do rád

Idade: 34 anos

Prontuário:

Peso: 53,0 kg Altura: 1,58r

0 dia(s) de internação

20/12/2019 18:20

Horários de Aplicação

2156

1) DIETA LIVRE, Ao dia	D0
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D0
4) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0
5) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D0
6) DAPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D0
7) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	D0
8) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.	D0
9)	D0
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D0
11) CURATIVO, Ao dia	D0
12) , Se necessário	D0

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**
Convênio: **SUS MUNICIPAL**
Unidade: **CENTRO CIRURGICO**
Leito: **SALA 003 3136**
Admissão: **20/12/19 08:54**
Diag.: **S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | Fraturas do cúbito [ulna] e t**

Idade: **34 anos**
Reg.: **79633**
Prontuário:
Peso: **53,0 kg** Altura: **1,5**
0 dia(s) de internação

20/12/2019 14:30 13:00

	Horários de Aplicação
1. DIETA LIVRE, Ao dia	D0 (SND)
2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0 :06 14:00 14:00
3. TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D0 22 14:00 14:00
4. CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0 22 06:00 06:00
5. RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D0 :06 18:00 18:00
6. DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D0 00 18:00 18:00
7. METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	D0 (SN)
8. RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. C6H APÓS CIRURGIA.	D0 18:00
9.	D0 (SN)
10. SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D0 22 18:00 18:00
11. CURATIVO, Ao dia	D0 (MANUT)
12. , Se necessário	D0 (SN)

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA Idade: 34 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 79633 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III Peso: 53,0 kg Altura: 1,58m
Leito: ENFERMARIA 313B
Admissão: 20/12/19 08:54 1 dia(s) de internação
Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço \ Fraturas do cúbito [ulna] e do rádio

21/12/2019 07:51

16/30 unia
1) tala axilo palmar
Uso: Pela manhã.

Horários de Aplicação

2155

00



Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Convênio: SUS MUNICIPAL

Unidade: UNIDADE III

Leito: ENFERMARIA 313B

Admissão: 20/12/19 08:54

Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço \ Fraturas do cúbito [ulna] e do rád

Idade: 34 anos

Prontuário:

Peso: 53,0 kg Altura: 1,58r

1 dia(s) de internação

21/12/2019 10:51

Horários de Aplicação

2156

1) ALTA HOSPITALAR, No momento

00

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: **79633**

Nº Internação: **6**

Nascimento: **18/08/1985 34 anos** Data Internação: **20/12/2019 08:54:18**

Leito: **ENFERMARIA 313B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **PÓS DE DIAFESE ESQUERDO**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM GAZES EM**

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso

☐ Purulento

☐ Sanguinolento

☐ Serossanguinolento

☐ Piosanguinolento

☒ Sem Exsudato

PELE - PERILESIONAL

☐ Inteira

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Alergica/Dermatite

☐ Macerada

BORDAS

Quantidade: **Selecione uma opc**

Odor: **Selecione uma opc**

☐ Distintas

☐ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

UTILIZADO: S.F. 0.9%, AGULHA 40X12, GAZES, LUVAS DE PROCEDIMENTOS, LUVAS ESTERIL, 02
ATADURAS DE 10CM, 10CM DE ESPARDRAPO.

21/12/2019 12:13:41

Técnico(a) COREN - 256755

MARIA DE FATIMA DE LIMA

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Registro: 79633 N° Internação: 6

Nascimento: 18/08/1985 (34 anos Data Internação: 20/12/2019 08:54:18

Leito: ENFERMARIA 313B

OBSERVAÇÕES GERAIS

ÀS 16:30H PACIENTE CONCIENTE E ORIENTADO EM O° AMBIENTE. PÓS-OPERATÓRIO
DE FRATURA DE ANTEBRAÇO REALIZADO TALA AXILO PALMAR CONFORME
PRESCRIÇÃO MÉDICA.

21/12/2019
OUT - 817262

ELA JEFFECELIANE DO N BERNARDINO

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Data Internação: **20/12/2019 08:54:18**

Registro: **79633**

IH: **6**

Leito: **ENFERMARIA 313B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Exame Diagnóstico: **1º DPO DE DIAFESE ESQUERDO**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Medicamentosas: **DESCONHECE**

Vitais

Temperatura: **35,5 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração:

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **79**

Acesso Venoso

Dieta

Parâmetro

VO

Data: **20.12.2019**

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Qualitativo:

REALIZADO PELA COMISSÃO

Observações:

ADMINISTRAÇÃO DE HORÁRIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

ADMINISTRAÇÃO 13:25 01 AMPOLA DE TRAMAL. PACIENTE REFERIA FORTES DORES

Intervenção:

RECEBIDO AS 07:00 HORAS. PACIENTE 34 ANOS, SEM ACOMPANHANTE, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, DIETAS DE BOA ACEITAÇÃO, DEAMBULA SEM AUXÍLIO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES EM BANHEIRO, REALIZADO BANHO, PERMISPERÇÃO + TROCA DE ROUPA DE CAMA, RECEBEU VISITA DE SEU MÉDICO ASSISTENTE, ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, AGUARDANDO TRANSPORTE, SAÍU DA UNIDADE 3 AS 15:40 ACOMPANHADO POR MARCEIRO E SUA ACOMPANHANTE EM CADEIRA PARA REALIZAR COLOCAÇÃO DE TALA GESSADA EM PS, E EM SEGUIDA PARA SEU DOMICÍLIO, LEVANDO SEUS PERTENCES + ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Suely Batista

COREN 1168012 - SUELY BATISTA DE AGUIAR SILVA
21/12/2019 07:22:27

RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudo Médico

Sandro Tavares de Lima - 34 anos

Data do Acidente: 25/10/19

Paciente sofreu acidente motociclístico que resultou em fratura grave de antebraço esquerdo.

Quadro cirúrgico

Atualmente reflete sequelas com perda de 75% de flexão no pulso esquerdo e dor.

Atto Médico
15/04/2020

Dr. Thiago Augusto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.123

#T90 AV. PRESIDENTE MÉDICI Nº 256 IGAPÓ- Natal/RN CEP 59106000

CNPJ 06126677/0001-57 FONE: 3315-6901/ 3615-6900