



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202061001913	Distribuição: 30/10/2020
Número Único: 0001912-37.2020.8.25.0009	Competência: Boquim
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: JOATHAN DOS SANTOS  
Endereço: POVOADO CABEÇA DANTAS  
Complemento:  
Bairro: ZONA RURAL  
Cidade: BOQUIM - Estado: SE - CEP: 49360000  
Requerente: Advogado(a): ELTON SOARES DIAS 10289/SE  
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR  
Complemento: 5º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201





**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
**Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM  
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

30/10/2020

**MOVIMENTO:**

Distribuição

**DESCRIÇÃO:**

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202061001913, referente ao protocolo nº 20201029171104212, do dia 29/10/2020, às 17h11min, denominado Procedimento Comum, de Invalidez.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO  
DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DE BOQUIM/SE.**

**JOATHAN DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, desempregado, RG nº 2.576.271-O SSP/SE, CPF nº 072.758.765-07, residente e domiciliado ao Povoado Cabeça Dantas, nº 78, Boquim/SE, CEP nº 49360-000, não tem endereço eletrônico, vem, através do seu advogado e procurador *in fine*, (procuração anexa), com escritório profissional na Travessa Guaporé, nº 889, bairro América, Aracaju/SE, local onde recebe notificações e intimações, vem, respeitosamente a presença de Vossa Excelência, para propor:

**AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT C/C PEDIDO DE DANO  
MORAL**

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVATS/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita com CNPJ nº 09248608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-201, pelos fatos que a seguir expõe:

**QUANTO À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO (ARTIGO 319,  
INCISO VII DO NOVO CPC)**

01. O Requerente opta pela **NÃO** realização de audiência conciliatória (artigo. 319, inciso VII do novo CPC).



## **I - DOS FATOS**

02. O Requerente sofreu um acidente de trânsito quando trafegava de moto pelo povoado Cabeça Dantas, um cachorro passou na frente do seu veículo, ao tentar desviar do animal, perdeu o controle da moto e acabou caindo, em virtude da queda sofreu várias lesões, sendo levado pela SAMU ao Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE, relato obtido pelo B.O em anexo.

03. Em virtude do acidente, o Requerente deu entrada no HUSE, onde foram identificadas as sequelas deixadas após o acidente de trânsito, como lesões em tórax e tibia direita, conforme vemos nos relatórios médicos anexados aos autos, apesar do bom procedimento médico, o Requerente ficou com sequelas permanentes.

04. O relatório médico produzido pelo Dr. Renato Teixeira, CRM 1450, ortopedia e traumatologia, que analisou todo o histórico médico do autor e com base na documentação médica aqui também colacionado, após exame clínico e físico, concluiu que o acidente deixou como sequelas perda da debilidade física do membro inferior direito, relatório médico aqui colacionado.

05. Apesar de toda a documentação e provas, comprovando o acidente de trânsito e comprovando as sequelas deixadas pelo acidente, a Requerida negou o pagamento da indenização.

06. Diante disso, não restou ao Requerente outro meio senão procurar o poder judiciário e propor a presente demanda para que seu direito possa ser resguardado, devendo a Requerida ser compelida a pagar a indenização referente ao seguro DPVAT.



## II - DO DIREITO

### II.I-DO DEVER DE INDENIZAR DA REQUERIDA

07. O seguro DPVAT, é um seguro obrigatório responsável pelo pagamento da indenização aos danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, instituído pela Lei 6.194/74, é um procedimento simples e sequer é preciso advogado ou terceiro para fazer sua solicitação, para o seguro ser pleiteado, basta apenas, comprovar o acidente de trânsito e os danos sofridos em decorrência do mesmo, além disso, sequer é preciso comprovar a culpa dos envolvidos, entendimento do artigo 5º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito.

*“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”*  
(Grifamos)

08. Já os artigos 3º e 7º da Lei 6.194/74 (abaixo transcritos), estabelece as regras para o pagamento de seguro e não faz distinção entre os envolvidos no acidente, referindo-se tão somente à pessoa vitimada, o que estende seu alcance a qualquer um que tenha sofrido um acidente de trânsito.

*“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações **por morte, por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada*

(...)

*Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”*  
(grifos nosso)



09. Como podemos ver, o Requerente esta coberto pela lei e o seu direito a receber o seguro é cristalino, ciente disso o autor seguiu todos os procedimentos necessários para obter o seguro, juntando toda a documentação necessária, documentos aqui também colacionados, comprovando o acidente de trânsito e os danos sofridos, porém, a Requerida negou o seu pedido de pagamento da indenização.

10. Em virtude da negativa ao seu pedido de pagamento do seguro pela Requerida através da esfera administrativa, vem o Requerente, perante Vossa Excelência, requerer a condenação da mesma no pagamento da indenização estabelecida no art. 3º, alínea II da Lei 6.194/74, **no valor de R\$9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais), referente aos danos causados em virtude ao acidente de transito sofrido que deixou sequelas permanentes em seu membro inferior direito**, seguindo os parâmetros determinados na tabela anexada pela Lei nº 11.945, de 2009, que estabelece valores para cada membro lesionado.

ANEXO

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

<i>Danos Corporais Totais</i>	<i>Percentual</i>
<i>Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</i>	<i>da Perda</i>
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores</i>	100
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés</i>	
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior</i>	
<i>Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral</i>	
<i>Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental</i>	
<i>alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre</i>	
<i>deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d)</i>	
<i>comprometimento de função vital ou autonômica</i>	
<i>Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não</i>	



<i>compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital</i>	
<i>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</i>	<i>Percentuais das Perdas</i>
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores</i>	70
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés</i>	50
<i>Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo</i>	25
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão</i>	10
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé</i>	
<i>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</i>	<i>Percentuais das Perdas</i>
<i>Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho</i>	50
<i>Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral</i>	25
<i>Perda integral (retirada cirúrgica) do baço</i>	10

11. Quanto ao reembolso com os gastos de seu tratamento de saúde, tal direito também está garantido no art. 3º, alínea III da Lei 6.194/74, onde, o citado artigo diz que o valor máximo para o reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais), o que lhe garante assim, o reembolso das despesas que teve com seu tratamento, aqui comprovadas através dos recibos e notas fiscais em anexo.

### III-DOS PEDIDOS

Diante do acima exposto, o Autor requer a Vossa Excelência:

a) a citação VIA POSTAL da Requerida, no endereço indicado na qualificação, para responder aos termos da presente ação, sob os efeitos da revelia e pena de confissão sobre a matéria fática, com as cominações legais;



b) Que seja a presente demanda julgada antecipadamente, nos moldes previsto pelo Art. 355, inciso I do Código de Processo Civil.

c) Que seja a Requerida condenada a pagar ao Requerente a indenização devida, em virtude do acidente de trânsito narrado acima no valor de **R\$9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais), referente aos danos causados em seu membro inferior direito**, respeitando os valores fixados no art. 3º, alínea II, da Lei no 6.194/74, e na improvável hipótese de Vossa Excelência entender que a limitação do Requerente não é aquela apontada, que seja a Requerida condenada a pagar ao Requerente indenização no percentual corresponde ao dano causado em seu membro lesionado, aferido por qualquer meio de prova produzida nos autos, observando a súmula 474 do STJ e os parâmetros estabelecidos em lei, acrescido de atualização monetária e juros à taxa legal, computada a partir do evento danoso (Súmula 54 STJ) e artigo 5º, § 7º da Lei 6.194/74;

d) Que seja a Requerida condenada a restituir ao Requerente os gastos que teve com consultas, remédios, tratamento e outras despesas médicas realizadas para o tratamento de seus problemas de saúde que advieram do acidente de trânsito narrado acima no valor de R\$100,00 (cem reais);

e) Requer a condenação em custas processuais, honorários advocatícios e sucumbenciais, sendo estes no montante de 20% sobre o valor da condenação, consoante o artigo 85 do CPC.

**REQUER a inversão do ônus probatório, conforme prevê o Código de Defesa do Consumidor**, no entanto, protesta provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, especialmente pela produção de prova documental, testemunhal (cujo rol declinará oportunamente), valendo-se a Requerente também das demais provas que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.





ELTON SOARES DIAS  
ADVOGADO

Requer, ainda, a gratuidade judiciária, por ser pessoa de baixa renda, não tendo condições de arcar com às custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio.

O Requerente vem informar que não tem interesse na realização de audiência de conciliação, dispensado sua realização desde já.

O valor da causa é R\$9.550,00 (nove mil e quinhentos e cinquenta reais).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Aracaju/SE, 29 de outubro de 2020.

**ELTON SOARES DIAS**

**OAB/SE 10.289**



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** JOATHAN DOS SANTOS, desempregado, solteiro,  
RG-2.576.271-0 SSP/SE, CPF – 072.758.765-07, residente e domiciliado ao Povoado Cabeça  
Dantas, nº 78, Boquim/SE, CEP: 49360-000.

**Outorgado(a):** ELTON SOARES DIAS, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/SE sob o nº10.289  
com endereço na Travessa Guaporé, nº889, bairro Siqueira Campos, Aracaju/SE.

**Poderes:** por este instrumento particular de procuração, constituo como procurador o outorgado,  
concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente  
para: **PROPOR** **AÇÃO** **CÍVEL** em face

Sequedora. Helen, podendo  
portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar  
termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos  
necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

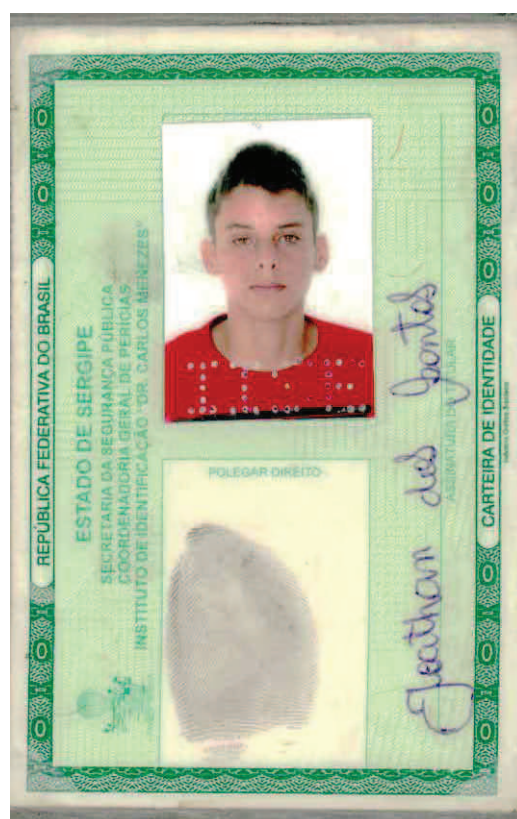
**Poderes Específicos:** A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para  
receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito  
sobre o qual se funda a ação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de  
hipossuficiência econômica, receber dinheiro ou valores ou bens, passar recibos e dar quitação,  
requerer adjudicação de bens, oferecer plano de partilha de bens, receber partilha de bens, assinar e  
receber formais de partilha e alvarás, enfim, representar os interesses e direito do Outorgante,

Os poderes acima outorgados poderão ser substabelecidos com ou sem reserva de iguais poderes.

Aracaju, 24 / junho 2020

  
JOATHAN DOS SANTOS







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.576.271-0 2.ª VTA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2016

NOME JOATHAN DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSE AGNALDO DOS SANTOS  
JULIANIA DOS SANTOS

NATURALIDADE RIOQUIM-SE

DOC ORIGEM CT. NASCIM. NR 24.720 LV 456 PL 237  
CORRT. JOC. IC. DIST. CDM. RIOQUIM-SE  
072.756.765-07

DATA DE NASCIMENTO 07/10/1998

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83



## TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: **209.08525.68-5**

NÚMERO  
**4875866**

SÉRIE  
**0050**

UF  
**SE**

*Joathan dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR




03

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

**JOATHAN DOS SANTOS**

FILIAÇÃO: JUCIMARIA DOS SANTOS  
 NASCIMENTO: 07/10/1988  
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
 NATURALIDADE: BOQUIM - SE  
 DOCUMENTO: R.G. - 25762710 - 01/09/2016 - SSP - SE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996  
 CPF: 072.768.785-07  
 TIT. ELEITOR: PH - BOQUIM  
 LOCAL DE EMISSÃO: 01/09/2016

ZONA:

*Odete Angélica Moraes*  
 Celula de Registro do Trabalho e Emprego - SE  
 Superintendente Regional do Trabalho e Emprego - SE

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO \_\_\_\_\_

DATA DE NASC. DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

**LEGENDA**

A - CASAMENTO    C - DIVÓRCIO    E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE    G - DATA DE NASCIMENTO  
 B - SEP JUDICIAL    D - ADOÇÃO    F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH .....	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
<small>DATA DA ANOTAÇÃO</small>			
<small>ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR</small>			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
<small>DATA DA ANOTAÇÃO</small>			
<small>ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR</small>			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
<small>DATA DA ANOTAÇÃO</small>			
<small>ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR</small>			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
<small>DATA DA ANOTAÇÃO</small>			
<small>ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR</small>			
06			

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR .....	
CGC/CPF/CEI .....	
ENDEREÇO .....	
MUNICÍPIO .....	UF .....
ESP. DO ESTABELECIMENTO .....	
CARGO .....	CBO Nº .....
DATA DE ADMISSÃO ..... DE ..... DE ..... REGISTRO Nº ..... FLS. / FICHA ..... REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA ..... <small>ASS. DO EMPREGADOR DA ANOTAÇÃO E TESTEMUNHA</small>	
1ª ..... 2ª ..... DATA DE SAÍDA ..... DE ..... <small>ASS. DO EMPREGADOR DA ANOTAÇÃO E TESTEMUNHA</small>	
1ª ..... 2ª ..... COM. DISPENSA CD Nº ..... FGTS Nº DA CONTA .....	
07	



## JUCIMARIA DOS SANTOS

POV CABECA DANTAS, 78,  
POV CABECA DANTAS - Boquim/SE - 49.360-000

Medidor: 485787 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
03/2020	112	25/03/2020	70,70

DADOS CADASTRAIS	DADOS DE FATURAMENTO
<p>Grupo/Subgrupo: B - B11 Ligação Monofásico</p> <p>Classe: RESIDENCIAL - BAIXA TENSÃO - NIS: 20908749672</p> <p>TSEE criada pela lei nº 10.438 de 26/04/2002</p> <p>Tensão de Fornecimento (V): 127</p> <p>Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133</p> <p>LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME ANEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODIST</p> <p>CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 035079</p>	<p>Emissão: 11/03/2020</p> <p>Mês/Ano Faturamento: 03/2020</p> <p>Leitura atual: (11/03/2020) 19662</p> <p>Leitura anterior: (11/02/2020) 19550</p> <p>Próxima leitura: 13/04/2020</p> <p>Consumo Medido (kWh): 112</p> <p>Consumo Diário (kWh): 3,86</p> <p>Dias de Consumo: 29</p> <p>Ocorrência do Mês: Lido</p> <p>Média kWh últimos 12 meses: 92</p>

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh					IDENTIFICAÇÃO	
Mês/Ano	Consumo	Obs	Pagamento	Valor R\$		
03/2020	112	Lido	Em aberto	70,7	Nota Fiscal / Série:	
02/2020	123	Lido	Em aberto	85,58	02.013.4000.006904.22.02.829.174/B	
01/2020	108	Lido	09/03/20		Local de Entrega: 1	
12/2019	88	Lido	10/02/20		COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$	
11/2019	97	Lido	09/01/20		(Art 31, resolução 166/2005 - ANEEL)	
10/2019	78	Lido	08/11/19		Energia	26,46%
09/2019	92	Lido	09/01/20		Distribuição	19,97%
08/2019	69	Lido	07/10/19		Transmissão	4,26%
07/2019	77	Lido	30/08/19		Encargos Setonais	3,68%
06/2019	65	Lido	09/08/19		Impostos	37,38%
05/2019	96	Lido	11/07/19		Perdas	0,00%
04/2019	94	Lido	10/06/19		Outros	8,05%
03/2019	101	Lido	13/05/19		TOTAL	70,70

ITENS FATURADOS				REAVISO DE FATURA VENCIDA	
Descrição	Qtde.	Vi. Unit.	Valor(R\$)	Informamos que até o momento não registramos o pagamento do(s) débito(s) relacionado(s) abaixo:	
Consumo de energia	30	x 0,21339 =	6,40		
CONSUMO	70	x 0,36582 =	25,60		
CONSUMO	12	x 0,54873 =	6,58		
ICMS			24,77	MES/ANO	VALOR
PIS			0,29	02/2020	R\$ 85,58
COFINS			1,37		

### Itens Financeiros

INTERES E CORREÇÃO	2,12
MULTA P/ ATRASO PAGTO	1,04
JUROS E CORREÇÃO	1,23
MULTA P/ ATRASO PAGTO	1,30

### VENCIMENTO DESTE REAVISO

26/03/2020

O não pagamento dos débitos em aberto no prazo de vencimento deste reaviso sujeita esta unidade consumidora a suspensão do fornecimento de energia elétrica conforme art. 172 da resolução normativa n. 414/2010 da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL.

**TOTAL A PAGAR R\$ 70,70**

TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)	DADOS TÉCNICOS	
(incluído no valor total)	ICMS	99,09	25,00	24,77	Inst. transformadora: 1020103
	PIS/PASEP	65,01	0,74	0,29	Número do medidor: 485787
	COFINS	65,01	3,39	1,37	Fator de multiplicação: 1,000
					Tipo de ligação: Monofásico

### INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto: ESTÂNCIA	Referência: 01/2020	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSD: 20,50		META DIC: 10,87	22,61	45,22
O consumidor tem o direito de solicitar a distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.		APUR DIC: 0,00	0,00	0,00
O consumidor tem direito de receber uma compensação caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora para apuração mensal, tri e anual.		META FIC: 7,59	15,34	30,69
		APUR FIC: 0,00	0,00	0,00
		META DMIC: 5,88		
		APUR DMIC: 0,00		

RESERVADO AO FISCO: 8FD1 8992 A156 52C0 CAEF A7F9 D829 92FB

Resolução da ANEEL, vigência 01/11/2019

## MENSAGEM

Benefício Tarifário: 29,70

A conta normal de consumo soma R\$ 68,38, porém tem um desconto da Tarifa Social de R\$ 29,70, restando a ser pago R\$ 38,58, que com os demais valores acima discriminados totaliza R\$ 70,70.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DE SERGIPE  
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL SERGIPE  
DELEGACIA VIRTUAL



---

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 121407 - COLISÃO DE VEÍCULOS SEM VÍTIMAS**

Data do registro: 16/05/2020 15:51:39

**Situação: Válido**

---

**FATO****Descrição da Natureza:** Colisão de Veículos Sem Vítimas**Data:** 02/08/2019 17:00**Endereço:** POVOADO CABEÇA DANTAS**Número:****Bairro:** POVOADO CABEÇA DANTAS ("CALITENDO")**Cidade:** BOQUIM**VÍTIMA****Nome:** JOATHAN DOS SANTOS**Nome da pai:****Nome da mãe:** JUCIMARIA DOS SANTOS**Profissão:****Data de nascimento:** 07/10/1998**Órgão emissor:** SSP / SE**RG:** 25762710**Naturalidade:** ITABAIANINHA/SE**CPF:** 072.758.765-07**LOGRADOURO****CEP:** 49360-000**Endereço:** POVOADO CABEÇA DANTAS**Número:** 78**Bairro:** POVOADO CABEÇA DANTAS**Cidade:** BOQUIM/SE**RELATO DO FATO:**

ESTAVA CONDUZINDO A MOTO HONDA C6 150 FAN ES, PLACA OEN 6E02, DE MINHA PROPRIEDADE, PELO POVOADO CABEÇA DANTAS QUANDO UM CACHORRO PASSOU PELA FRENTE DA MOTO, AO TENTAR DESVIAR, PERDI O CONTROLE DO VEÍCULO, ACABEI CAINDO E SOFRENDO VARIAS LESOES, A SAMU FOI CHAMADA E FUI LEVADO PARA HUSE .





## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Yathian dos Santos  
DATA DA ENTRADA: 21/8/19  
DATA DA SAÍDA: 5/8/19

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 vítima de acidente de moto (queda) com lesão de espinha. R.E.G. sem perda de consciência ou reações. ECG 25 - Tórax e abdome sem alterações. TELA em pé na direita. O ortopedista avalia e prescreve o traço de Raio X Fratura da diáfise tibial direita. Foi colocada uma tala gessada em pé na direita. Foi internado para tratamento cirúrgico.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

### EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de pé na D e pé D Z P

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francisco Pires (ortopedista)  
Dr. Washington Brito

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO ( )

ARACAJU, 13 de 09 de 2019

ÓBITO ( )

Nilson dos Santos Eron

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Dr. Nilson Eron  
Clínica Médica  
CRM/SE 3619



*Alegre*

*PX*

DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE  
N. DO BE: 30938 DATA: 02/08/2019 HORA: 19:13 USUARIO: ELMENEZES  
IS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
NOME: JOATHAN DOS SANTOS  
IDADE: 20 ANOS NASC: 07/10/1998  
ENDERECO: POVOADO CABECA DANTAS  
COMPLEMENTO: 708203643730843 BAIRRO: ZONA RURAL  
MUNICIPIO: BOQUIM UF: SE CEP: 49360-000  
NOME PAI/MAE: JOSE AGNALDO DOS SANTOS /JUCIMARIA DOS SANTOS  
RESPONSAVEL: A MAE/SAMU TEL: 79-99658-7202  
PROCEDENCIA: BOQUIM-SE  
HISTORICO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
ASSISTENCIA POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TA: [ X ] mmHg PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]  
EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

SINAIS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_/\_\_/\_\_

*Relato do acidente de moto (queda) em  
uso de cinto - lesões de escoriações no tronco.  
T.G. 15 Hemodinâmica normal. Fome e dor sem  
NOTACOES DA ENFERMAGEM:  
Atenção: Não se esquecer de fazer o curativo.*

DIAGNOSTICO: *Fratura do antebraço* CID:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
<i>1. Analgesia com 200mg de morfina</i>	

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
DECISAO: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
HOSPEDAGEM NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
PERMANECER: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANATOMIA PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO  
*Ra de Perme D e Pe D 2 P*

EXAME DE RAY  
REALIZADO EM 02/08/2019  
AS 19:40  
TÉCNICO ELA RABIERA CGLA









GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Joatlandes Santos Idade: 20 Data: 02/08/19

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
02/08/19		① Dextro lune 8	3.11.00
		② Soro R. Lactato 500ml EV 8/8h	500 - 500 - 500
		③ Disirono 2ml EV 6/6h	FF
		④ Praferin 100mg EV 12/12h	FF
		⑤ Tramal 100mg EV 8/8h	FF
		⑥ Omeprazol 40mg EV 1x/dia	04/08/19
		⑦ Cuidados gerais	
		⑧ Soro V. Ity 6/6h	24 de 12 18



Nome do Paciente: João Leon dos Santos

Idade: 20

Sexo: M

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
		# Fentus Disfuno Tuluo (13)
		Vitua de auctu Motocultia que resultou em tranco penca Sintp.
		Pd: fentus disfuno Tuluo (13)
		Cb: Inteno e sulcato PreOp
		Dr. Edson P. da Silva Osteodonto e Traumatologia CRM-SP nº 4971 Membro Titulo de SSOI



## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página nº 2

[illegible]



O.E.: M280030801 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 09 / 2019 DATA: 09/09/2019

Num AIH: 281910017244-9 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 09/2019 Data Autorização: 04 / 08 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M280030801 CRC:  
Doc autorizador: 190136126980000 Doc med resp: 206790614650009 Doc diretor clínico: 206790614650009 Doc médico solíc: 204309919100008  
CNS: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS: 70820364373084-3

Paciente: JOATHAN DOS SANTOS Prontuário: 1108718

Data Nasc.: 07 / 10 / 1998 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 25762710

Responsável pac.: LEANDRO BARRETO Nome da Mãe: JUCIMARA DOS SANTOS

Endereço: RUA CABEÇA DANTAS 78 - Bairro: CENTRO Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 280067 - BOQUIM UF: SE CEP: 49360-000 Telefone: (79)9996-29413 Muda Proc.?: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento principal: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA Diag. secundário:

Complementar: Causa Obito:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 04 / 08 / 2019 Data saída: 08 / 08 / 2019 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberção SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNPJ/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmp	Descrição
1	0408050500	980016283858665	225225(1)	0002283	0002283	1	08/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500	207272893940003	225151(6)	3359948	3359948	1	08/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030520			02681701000169	02681701000169	1	08/2019	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	4	08/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0302040021	980016287944507	223605	0002283	0002283	2	08/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
6	0302050019	980016287944507	223635	0002283	0002283	2	08/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000040490	02.881.701/0001-69		000040490		

VALORES DA PREVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					31,70		31,70
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	9,34						9,34
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	12,70						12,70
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	631,25			64,53	118,87		814,65
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		1.096,39					1.096,39
Total Geral:	653,29	1.096,39		64,53	150,57		1.964,78

SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO

Linha	Serviço	Classif.	Descrição
5	126	004	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMO-FUNCIONAIS (SERVICO DE FISIOTERAPIA)
6	001	005	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCoes MUSCULO-ESQUELETICAS (TODAS AS ORIGENS) (SERVICO DE FISIOTERAPIA)

CIÓ-REPT-ANVISA

Cid	Característica	Descrição
V230	ACQUIRIDO	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. 0-TRANSITO

Número de Nascidos: Número de Saídas: N° Pré-Natal:  
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 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



**Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia**

177

PACIENTE: <u>Jonathan dos Santos</u>		
ATEND: <u>1108 685</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	SETOR: <u>Orto I</u>
PARCIAL: <u>única</u>	PERÍODO: <u>09-08 a 08-08-19</u>	

**CHECK LIST PRONTUÁRIO**

1. ☒ LAUDO AIH / GUIA AUTORIZAÇÃO ELETIVA
2. ☒ FAH
3. ☐ LAUDO SUPLEMENTAR (diária UTI, permanência maior, mudança de proced.)
4. ☒ SIGAU
5. ☒ DECLARAÇÃO DE ÓBITO
6. ☒ CÓPIA DO RG
7. ☒ CÓPIA DO CARTÃO SUS
8. ☒ CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
9. ☒ TERMOS
10. ☒ EVOLUÇÃO MÉDICA / MULTIPROFISSIONAL
11. ☒ EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA
12. ☒ PRESCRIÇÃO MÉDICA
13. ☒ FORMULÁRIO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL
14. ☒ ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
15. ☒ SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
16. ☒ MAPA DE CONTROLE E BALANÇO HIDRO-SANGUÍNEO
17. ☒ SAEP
18. ☒ RASTREABILIDADE DE INTEGRANTES QUÍMICOS
19. ☒ COMUNICADO DE UTILIZAÇÃO DE OPME
20. ☒ LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR
21. ☒ EMBALAGEM OPME
22. ☒ FICHA DE CONSUMO
23. ☒ SOLICITAÇÃO DE ANATOMOPATOLÓGICO
24. ☒ LAUDO DE ANATOMOPATOLÓGICO
25. ☒ ATO CIRÚRGICO
26. ☒ FICHA ANESTÉSICA
27. ☒ EXAMES
28. ☒ RAIO-X
29. ☐ TOMOGRAFIA
30. ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

*Carina dos Santos Souza*  
Matrícula / 97240  
Secretaria Clínica / EBHC

**SECRETÁRIA RESPONSÁVEL**



F.B.H.C- FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49075-170  
FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: gelle.alves

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria  
DIREITO A ACOMPANHANTE? Não  
DATA: 04/08/2019 16:18:11  
TIPO: Urgência  
CONVENIO: SUS INTERNO  
PROFISSIONAL: 4451-PAULO MÁRCIO DE CARVALHO SALOTTI

LEITO: ORT BUCO C04 - Ortopedia I

CARTÃO SUS: 708203643730843

PACIENTE

ATENDIMENTO: ~~Joathan~~  
NOME: JOATHAN DOS SANTOS  
ENDEREÇO: CABECA DANTAS  
BAIRRO: Centro  
CIDADE: Boquim  
FONE: 999629413/999512337  
DATA NASC.: 07/10/1998  
EST. CIVIL: Solteiro  
NOME DO PAI: JOSE AGNALDO DOS SANTOS  
NOME DA MAE: JUCIMARIA DOS SANTOS

Nº: 78  
UF: SE  
CPF: 07275876507  
R.G.: 25762710  
IDADE: 20  
SEXO: Masculino  
PROFISSÃO

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: LEANDRO BARRETO / AMIGO  
ENDERECO: CIDADE: UF:  
BAIRRO:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S82.2-Fratura da diáfise da tibia  
ORIGEM: Boquim  
DIAS INTERNAMENTO: 4  
PROC. SUS: 040805050-0 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Diafise Da  
AIH.:

  
Marcela Mariana S. da Silva  
Enfermeira/FBHC  
COREN-SE 564798  
05.09.19



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL  
CIRURGIA

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
JOATHAN DOS SANTOS  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
7082036437308438 - DATA DE NASCIMENTO  
07/10/19989 - SEXO  
Masc ☒ 1 Fem ☐ 36 - Nº DO PRONTUÁRIO  
1108718

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONEDDD  
7914 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
999629413/99951233711 - NOME DA MÃE  
JUCIMARIA DOS SANTOS13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
LEANDRO BARRETO/AMIGO15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
POVOADO CABEÇA DANTAS Nº7816 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
BOQUIM

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF  
SE19 - CEP  
49360-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

História de queda de moto e  
fratura dos ossos da perna há 3 dias

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☒

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

0408050500

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

040819

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

- 36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO  
 37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
 38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

281910017244-9

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

Dr. Simão Pereira da Silva  
 Superintendente Médica/SES  
 CRM-SE 3628  
 CPF-876.198.735-21



## PRE - FATURAMENTO

Emitente..... ORTOPLAN SERCIPE LTDA  
 Endereço..... AV. NIO BRANCO-EDF.OVIEDO THIEIRA -S.813 186, CENTRO, ARACAJU - SE, 49010-030  
 Fone..... 3222-0750/ 3222-0383  
 Destinatário: ( 37) FUNDACAO DE BENEFICENCIA R. DE CIRURGIA  
 Endereço..... AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174  
 Cidade..... ARACAJU

Ins.Est.: 27.097.585-3

CNPJ/CPF: 02.681.701/0001-69

Data Emissao: 12.08.2019

Ins.Est.: ISENTO

CEP..... 49055-170

UF..... SE

CNPJ/CPF: 13.016.332/0001-06

Bairro... CIRURGIA

Fone..... (0079) 212 -7312/ 211 -8817

Faturas..... 006231900 / CONTRA-APRESENTACAO / 1.096,39

Código	Descrição	CF	St	Ud	Qtde	Valor Unitario	VI.Desc	Valor Total	ICMS	IPI	Valor IPI
07.02.03.052-0	KIT HASTE BLOQUEADA TIBIAL	(80006480009)	A	000	CXA	1,000	1.096,3900	1.096,39	18		
Lote(s): 35196-	PREGO DE BLOQUEIO 4.0/6.0X08.0/35MM (2,000)										
	2,000 Val.INDETERMIN /										
Lote(s): 37444-	PREGO DE BLOQUEIO 4.0/6.0X08.0/45MM (1,000)										
	1,000 Val.INDETERMIN /										
Lote(s): 27618-	PREGO DE BLOQUEIO 4.0/6.0X08.0/30MM (1,000)										
	1,000 Val.INDETERMIN /										
Lote(s): 27479-	HASTE INTRAM. BLOQUEADA TIBIAL CANULADA 11X360 (1,000)										
	1,000 Val.INDETERMIN /										

Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA R. DE CIRURGIA  
 Convenio: SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE  
 Paciente: JOATHAN DOS SANTOS  
 IG/AIM... /

Medico..... PAULO SALOTI  
 Instrumentador: KLEBER SANTOS DA MORA  
 Dt.Cirurgia... 07.08.2019  
 Procedimento... 0408050509

Prostuario... 1108685

Base ICMS:	1.096,39	Valor ICMS:	197,35	Base ICMS Subst:	0,00	Valor ICMS Subst:	0,00	Valor Produtos:	1.096,39
Vi. Frete:	0,00	Vi. Seguro:	0,00	Outras Despesas:	0,00	Valor Total IPI:	0,00	Valor Pre-Nota:	1.096,39
Vendedor..... IVO LEAL		Pedido..... 062319		A/9021.10.20					
Pedido Cliente:		Ordem e Pagina: 00	1/1						

Declaro que recebi os produtos constantes deste documento.  
 Data do Recebimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsavel pelo recebimento \_\_\_\_\_



RECEBEMOS DE ORTOPLAN SERGIPE LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		Nº 000.040.490
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	
		SÉRIE: 3

<b>ORTOPLAN SERGIPE LTDA</b>  AV. RIO BRANCO-EDF.OVIEDO TEIXEIRA -S.813, 186 - - CENTRO, ARACAJU, SE - CEP: 49010030	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 2819 0802 6817 0100 0169 5500 3000 0404 9011 2901 0865 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora
	Nº 000.040.490 SÉRIE: 3 Página 1 de 1	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 328190008828491 - 12/08/2019 09:52
NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102-VENDA MERCANTIL		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIS	CNPJ
270975853		02.681.701/0001-69

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL		13.016.332/0001-06	12/08/2019
FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA			
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 -	CIRURGIA	49055-170	12/08/2019
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
ARACAJU		SE	00:00
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	

FATURA					
/ Num.: 40490 / V. Orig.: 1.096,39 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 1.096,39					
CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	0,00	0,00	0,00	1.096,39
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DISCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.096,39

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL		0-Remetente (CIF)				02.681.701/0001-69
ORTOPLAN SERGIPE LTDA						
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL			
AV. RIO BRANCO, 186-EDF.OV.TEIXEIRA S/817	ARACAJU	SE	270975853			
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO												
CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTD	VL. UNIT	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALIQ ICMS
1117-294-406035	PREGO DE BLOQUEIO 4 0/6 0X08 0/15MM ONIX Cod.: 4834 Anvisa: 80006480009 Lote(s): 35196-2.000-V INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	2,0000	83,1400	166,28				
1117-294-406045	PREGO DE BLOQUEIO 4 0/6 0X08 0/45MM ONIX Cod.: 4836 Anvisa: 80006480009 Lote(s): 37444-1.000-V INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	83,1400	83,14				
1117-294-406030	PREGO DE BLOQUEIO 4 0/6 0X08 0/30MM ONIX Cod.: 4851 Anvisa: 80006480009 Lote(s): 27618-1.000-V INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	83,1400	83,14				
1110-391-011360	HASTE INTRAM. BLOQUEADA TIBIAL CANULADA 11X360 ONIX Cod.: 4866 Anvisa: 80006480009 Lote(s): 27479-1.000-V INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	763,8300	763,83				

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
DATA: 004049003 10.02.2020 1.096,39

CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
INSCRIÇÃO MUNICIPAL			

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Dupl.: 3 - Venc.: 001, Venc.: 10/02/2020, Valor: 1.096,39 Vendedor: INO LREAL, Pedido: 062319, Pedido Cliente: , Ordem : 03 Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Me : JOATHAN SALOTTI, Paciente: JOATHAN DOS SANTOS, Id: , Pro : 1108685, De Cirurgia: 07.08.2019, AIN: , Convenio: BUS, Procedimento: 0408050500, Mes ICMS: 040/ISENTO DE ICM S CF ART. 8 INCISO IV DEC 17.037/97, Mes IPI: ITENS (1-4) I ENTOS IPI CONF CAP.90 DA TIPI E DEC 2995 DE 19/03/1999, Fa	



04/08/2019



nirhuse.crl &lt;nirhuse.crl@gmail.com&gt;

## DUSV E - FBHC - ORTOPEDIA - JOATHAN DOS SANTOS

4 de agosto de 2019 13:14

CRL CRE &lt;crl.complexoderegulacao1@gmail.com&gt;

Para: Núcleo internoderegulacao &lt;nucleointernoderegulacao@fbhc.org.br&gt;, HUSE Enfermaria NIR &lt;nirhuse.crl@gmail.com&gt;

Boa tarde!

Esta Central de Regulação de Leitos, integrante do Complexo Regulatório de Saúde do Estado, comunica reserva de leito em nome de **JOATHAN DOS SANTOS** para admissão em Enfermaria.

### 1. Informações gerais

- a. US: HUSE
- b. Médico da enfermaria : não informado
- c. UE: Hospital Cirurgia
- d. Tipo: Enfermaria
- e. Identificação: Ortopedia 1
- f. Leito: C4
- g. Médico regulador da CRL: Kelly Alves
- h. Código de autorização: **RL0408HCO1C4KA7**

Favor comunicar aos familiares.

### 2. Informações específicas:

Entregar obrigatoriamente a equipe de transferência :

- Cópia do DUSV Enfermaria
- Cópia da prescrição médica atualizada
- Cópia da evolução médica atualizada
- Cópia da evolução enfermagem atualizada
- Cópias dos resultados dos últimos exames

Se o paciente for idoso favor encaminhar junto ao mesmo um acompanhante para realizar a admissão hospitalar.

**OBS1:** Realizar a transferência hoje ate as 17h horas, caso não seja possível, realizar amanhã a partir das 7:00

**OBS 2:** O transporte do paciente fica sob responsabilidade da unidade solicitante.

**OBS 3:** Encaminhar documentos pessoais do paciente

**OBS 4:** O leito ficará reservado para o determinado paciente até 24 horas, a contar deste comunicado.



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

UNIDADE:

PACIENTE:

João dos Santos

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA DE  
NOTA:

EVOLUÇÃO

04/08

# ADMISSÃO  
História de queda de moto há 3 dias  
e fratura da tíbia da perna a direita.  
Paciente em convalescença  
em internamento.

Dr. Fernando Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5740

05/08/19

Paciente vítima de queda de moto há 3 dias com fratura da tíbia da perna direita, sem queimadura momentânea.

Ed = VPM

Dr. Vinícius Sobral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5189

06/08/19

Paciente com fratura da tíbia da perna direita há 3 dias, sem queimadura momentânea. Paciente em internamento.

Dr. Eduardo Barbosa Naves  
Médico  
CRM 5301



# HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

## EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE:

PACIENTE:

JOATHAN DOS SANTOS

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA E  
HORA

### EVOLUÇÃO

07/08

# ADMISSÃO  
POI DE FX TIBIAL (D). LACERADO LIGAM.  
LIG. MED. PROCE. D. M. E. INTER. D. M. E.

CD: A SRPIL

Dr. Henrique Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5740 CPE 020948.923-52

RX LETO F. V. 07/08/19  
INCID. 02 Selame

09/08/19

Presente em 1º DPO de Fixação do Fx da tibia (D) com KLM, sem  
Revisão no momento.

ed: Alex MacArthur

Dr. Vinícius Sobral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5189



**FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA – FBHC**  
**FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA**



Nome: Isaítham dos Santos Data de Nascimento: 04/10/1998 Idade: 20 Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Leito: C4 Códigos de Atendimento: \_\_\_\_\_

M(R)T( )N( ) DATA: 05/08/2019 FC: 65 FR: 20 PA: 120/80 T: 36,4 M(X)T( )N( ) DATA: 06/08/19 FC: 54 FR: 24 PA: 120/80 T: 35,6

AP: MV+AUTxSIRA GCS: \_\_\_\_\_ RASS: \_\_\_\_\_ IMS: \_\_\_\_\_ MRC: \_\_\_\_\_ NC: \_\_\_\_\_

VA: VEAD Sedação: \_\_\_\_\_ DVA: \_\_\_\_\_ SpO<sub>2</sub>: 98% VA: VEAD Sedação: \_\_\_\_\_ DVA: \_\_\_\_\_

Ventilação Modo: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ TI: \_\_\_\_\_ VC: \_\_\_\_\_ Fluxo: \_\_\_\_\_

Mecânica: FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ PS: \_\_\_\_\_ I:E: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Sens: \_\_\_\_\_

Monit. Vent: Cest: \_\_\_\_\_ Cdin: \_\_\_\_\_ Res: \_\_\_\_\_ IRRS: \_\_\_\_\_ PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: ( ) Nível 1 / ( ) Nível 2 / ( ) Nível 3 / ( ) Nível 4

Reavaliação: Paciente apresenta-se em jejum, livre de náuseas, vômitos, diarreia, com padlock ventilatório misto e supino. No final da sessão apresenta aumento de FC para 65 bpm. Deixa sem intercorrências.

CONDUTA: (X) FISIOTERAPIA MOTORA (X) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMADE: ( ) S / ( ) D / ( ) P - HORAS: ( ) 2 ( ) 4 ( ) 6 - FALHOU PRQ? \_\_\_\_\_

( ) THB ( ) Mudança de dec ( ) TRE ( ) TMR VNI (tipo): \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

(X) TEP (X) Posic ( ) Ajustes na VM ( ) Intub ( ) Monit Outras: \_\_\_\_\_

( ) RPPI (X) Exer. Resp ( ) Transporte ( ) Extub ( ) RCP

Motora: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativo ( ) Resistido

(X) SL ( ) S c / MMII pend ( ) SP ( ) ORT ( ) S / L ( ) ME ( ) DEA

Secreção: ( ) Fluida ( ) Espessa ( ) MU ( ) Sanguí ( ) MS ( ) MP ( ) Am ( ) Esv ( ) Ros

Meta Terapêutica: Trabalhar o membro não acionado  
Evitar deformidade  
Aumentar expansões pulmonares

Júlia Caroline Santos  
PROFESSOR / PRECEPTOR - UNIT  
203840-F  
Fisioterapeuta/CREFITO

Meta Terapêutica: Reverter deformidade  
Aumentar força de MMSS  
Aumentar expansões pulmonares

Júlia Caroline Santos  
CREFITO 203840-F  
Professor/Preceptor - UNIT  
Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS							EXAMES REALIZADOS						
EXAME	HORA	RESULTADOS						EXAME	HORA	RESULTADOS			
GASO:		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> :	BE:		GASO:		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> :
GASO:		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> :	BE:		GASO:		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> :
RAIO X		OUTROS:						RAIO X:		OUTROS:			

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: \_\_\_\_\_

Condução: Fisioterapia ( ) Motora ( ) Respiratória

Fisioterapeuta/CREFITO \_\_\_\_\_

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: \_\_\_\_\_

Condução: Fisioterapia ( ) Motora ( ) Respiratória

Fisioterapeuta/CREFITO \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_



C4

UNIDADE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME COMPLETO: JOATIM DOS SANTOS

D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_

ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <u>VO LING</u>						
2. HIDRATAÇÃO:						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H <u>SUSP</u>	(12)		(18)		(24) (06)	
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	11		18	Paulo	24 06	20
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H. <u>SOS</u>	10				(22)	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	08		16		24	20
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	09					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)						
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>			14		(22) (06)	20
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL <u>SOS</u>	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	SOS					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	FISIO					
15. SONDA VESICAL DE ALVIO. <u>SOS</u>	SOS					
16. CCGG+SSVV 6/6H.	08		14		24 06	20
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (Rpm)
08					
14					
20					
06					

Dr. Henrique Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 540.041-020.942.625-02

Luciene E. dos Santos  
Enfermeira  
CRM 13.880



NOME COMPLETO: Jeane dos Santos

UNIDADE: ORNO 1 - C4

DATA: 05/08/19

D.N.: 1/1 MATRÍCULA: 2

ADMISSÃO: 1/1

			1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
			07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA:	Vo Livre		500		500	Kelme	500	
2. HIGIENIZAÇÃO:	Seção 1500 ml ev 24h		(12)		(15)		(24)	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	(SOS)		12	Paula	17	Rafael	25	
4. DIPIRONA, 02ML-08ML AD EV 6/6H			18	Paula	16		24	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H			(08)				(24)	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	(SOS)		18	Paula				
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA								
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)	(SOS)				(14)		(22)	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H							(06)	
10. GUCEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO)								
INSULINA REGULAR 9C CONFORME ESQUEMA:								
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI								
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	SOS							
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	SOS							
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	FISIO							
15. Sonda vesical de alívio. SOS	SOS							
16. CCGG+SSV 6/6H	06			Paula	16	Rafael	25	
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
MONITORADO	PA (mmHg)	GLICOSE (mg/dl)	TEMP (°C)	PULSO	FR (rpm)			
06								
14								
20								
06								

Dr. Vinícius Sobral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 24189

Luciene E. dos Santos  
Enfermeira  
COP/01303-0003

Marcelo José de Menezes  
Téc de Enfermagem  
COP/01303-0003





FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

C4

NOME COMPLETO: Paulo Roberto de Souza UNIDADE: C4 DATA: 06/06/19  
D.N.I.: 11111111 MATRÍCULA: 2 ADMISSÃO: 1/1

		1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
		07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA:	<u>1050 kcal - 1000 kcal</u>		<u>Paula T</u>			<u>500</u>	<u>20</u>
2. HIDRATAÇÃO:	<u>1000 ml</u>	(12)				(20)	(06)
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>13-14</u>	(12)	<u>Paula T</u>	(15)		(20)	(06)
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H		(12)	<u>Paula T</u>	(17)	<u>Kalline</u>	(21)	(05)
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H		(08)		(16)		(21)	(05)
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	<u>500</u>	(08)	<u>Paula T</u>			(21)	(05)
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA							
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)				(14)		(22)	(05)
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H	<u>500</u>						
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H (SE DIABÉTICO)							
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:							
200-250 UJI 251-300 UJI 301-350 UJI 351-400 UJI 400 > 10UJI							
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	<u>SOS</u>						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	<u>SOS</u>						
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	<u>FISIO</u>						
15. Sonda vesical de alívio. SOS	<u>SOS</u>						
16. CCG+SSV 6/6H	<u>20</u>		<u>Paula T</u>	(14)	<u>Kalline</u>	(20)	(05)
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
32.							
33.							
34.							
35.							
36.							
37.							
38.							
39.							
40.							
41.							
42.							
43.							
44.							
45.							
46.							
47.							
48.							
49.							
50.							
51.							
52.							
53.							
54.							
55.							
56.							
57.							
58.							
59.							
60.							
61.							
62.							
63.							
64.							
65.							
66.							
67.							
68.							
69.							
70.							
71.							
72.							
73.							
74.							
75.							
76.							
77.							
78.							
79.							
80.							
81.							
82.							
83.							
84.							
85.							
86.							
87.							
88.							
89.							
90.							
91.							
92.							
93.							
94.							
95.							
96.							
97.							
98.							
99.							
100.							

Edilberto Roberto de Souza  
Médico  
CRM 15.331  
RBM 15.331





PRESERÇÃO MÉDICA

p. 37



NOME:

Leatham dos Santos

IDADE:

20

LEITO:

C2

REGISTRO:

1108418

UNIDADE:

Uro

DATA: 08.08.19

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

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

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

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

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

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

vezes

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

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

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas ☒ Presente: \_\_\_\_\_ vezes

☒ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina:

07:00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUP no NSD com seroterapia, calmo, eufórico, afebril, acionético, em companhia de familiar.

08:00 - Aceitou café da manhã, oferecido pela nutrição.

09:00 - Adm. Oxomil 100mg IV de horário, conforme prescrição médica.

09:00 - Adm. Clonox 40mg SC de horário, conforme prescrição médica.

Realizado banho de aspersão + estética do leito.

10:00 - Aceitou suco, oferecido pela nutrição.

Adm. paracetamol IV de horário, conforme prescrição médica.

11:00 - Adm. Keflin 500 e dipirona IV de horário, conforme prescrição médica.

Aceitou almoço, oferecido pela nutrição.

12:40 - Pq segue bem as cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e identificação  
Enfermeira  
em Enfermagem

DATA: 08.08.19

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

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

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

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

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

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

vezes

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

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

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas ☐ Presente: \_\_\_\_\_ vezes

☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina:

13:00 - Paciente no leito, calmo, eufórico, normotenso, normocárdico, afebril. Em uso de AUP com seroterapia.

13:30 - Saída de alta hospitalar, na maca, na companhia de familiar. Recebido AUP.

Assinatura e identificação  
Enfermeira  
em Enfermagem



1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

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

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

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

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

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

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

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

10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas ☐ Presente: \_\_\_\_\_ vezes

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina: \_\_\_\_\_

DATA: 19:00 às 07:00 h

\*assinatura e identificação

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	36,7												Glicemia												
Pressão Arterial	130x80												Escala de Dor												
F. Cardíaca	73																								
F. Respiratória	20																								

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Íntima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								



05.08.2019

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso  
2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional  
3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☒ Imobilizada  
4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso  
5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incessível  
6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não  
7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero  
8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico  
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero  
10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas ☐ Presente: \_\_\_\_\_ vezes  
Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade  
Alterações na urina: \_\_\_\_\_

19:00 às 07:00 h  
19 Realiza Plantão Paciente em repouso em decúbito dorsal em uso de sondagem  
20 1<sup>a</sup> vez real. gástrica Pa 14x7 P66 RR 15  
21 2<sup>a</sup> vez 1<sup>a</sup> refeição de almoço Pela nutrição  
22 3<sup>a</sup> vez administração Propofol de insuflação, Compensa Rodrigues médica  
23 4<sup>a</sup> vez Plantão em repouso  
24 5<sup>a</sup> vez administração Cefalotima + difenidramina + bromel de bromel com perfusão de bromel  
01-02-03 Paciente em repouso  
04-05 Paciente em repouso  
06 6<sup>a</sup> vez administração Cefalotima + difenidramina + bromel de bromel com perfusão de bromel

medico

06.45 Paciente em repouso

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura			36,10		35,60		14x7					13x7	Glicemia												
Pressão Arterial			120/80		130/90		66					67	Escala de Dor												
F. Cardíaca			72		78		17					20													
F. Respiratória			15		25																				

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça:																								

Assinatura e identificação  
Marta José de Almeida Oliveira  
Téc. de Enfermagem  
COREN-SP 174458/2018

Marta José de Almeida Oliveira  
Téc. de Enfermagem  
COREN-SP 174458/2018



# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SOBREVIVENTE: Soathon dos Santos

IDADE: 20 LEITO: C2 REGISTRO: 1108718 UNIDADE: Ortopedia 1

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

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

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

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

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

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

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

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

10-DIURESE: Ausente:    horas ☒ Presente:    vezes

11:30 - Paciente retornou ao centro cirúrgico, imobilizado, acompanhado de enfermeiro e familiar do setor, realizado o RX, em uso de AUP no NSE com ortopedia, em companhia de familiar.

12:00 - Aceitou almoço, oferecido pela enfermagem.

Adm. Kefim IV e dipirona IV de horário, conforme prescrição médica.

12:10 - Per segue bem os cuidados da equipe de enfermagem.

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

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

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

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

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

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

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

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

10-DIURESE: Ausente:    horas ☐ Presente:    vezes

13:00 - Paciente no leito, calmo, eupneico, normotenso, normocárdico, afebril. Em uso de AUP no NSE.

14:00 - Almoço SSV.

15:00 - Aceitou lanche.

16:00 - Adm. Tramal C.P.H.

18:00 - Adm. Dipirona de horário C.P.H. Aceitou lanche ofertado.

18:30 - Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.



# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Jefferson dos Santos

IDADE:

20

LEITO:

C4

REGISTRO:

1108418

UNIDADE:

Cirto 1

DATA: 06.08.19

 1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso
 
 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional
 
 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 
 4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso
 
 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 
 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
 
 7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 

vezes

 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 

vezes

Alterações nas fezes:

☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade
 

Alterações na urina:

 10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas ☒ Presente: \_\_\_\_\_ vezes
 

04:00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AVP 40 MSE  
em ortostesia, calmo, eufórico, afável, acionário, em companhia de familiar  
07:00 - Aceita o café da manhã, oferecido pela nutricionista  
09:00 - Adm. clarex 40mg SC de horário, conforme prescrição médica  
Realizado banho de aspersão + estética do leito  
10:00 - Bebeu o suco, oferecido pela nutricionista  
Adm. propina IV de horário, conforme prescrição médica  
11:00 - Adm. dipirona IV de horário, conforme prescrição médica  
12:00 - Aceitou almoço, oferecido pela nutricionista  
12:10 - Per segue bem aos cuidados da equipe de enfermagem

 Assinatura e identificação  
da enfermeira
 

DATA: 06.08.19

 1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso
 
 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional
 
 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☒ Impossibilitado
 
 4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso
 
 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 
 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
 
 7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 

vezes

 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 

vezes

Alterações nas fezes:

☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade
 

Alterações na urina:

 10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas ☒ Presente: \_\_\_\_\_ vezes
 

00 Paciente encontra-se no leito com deambula dorsal calmo, eufórico, orientado  
acompanhado familiar, eufórico, afável, em uso de ortostesia  
14:00 - Aceitou SSVV  
15:30 - Aceitou almoço oferecido  
17:00 - Adm. dipirona de horário  
18:00 - Aceitou jantar oferecido  
Segue mantendo quadro

 Assinatura e identificação  
da enfermeira



1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

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

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

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

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

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

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

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

10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas ☒ Presente: \_\_\_\_\_ vezes

Alterações nas fezes: ☒ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina: ☒

11-00 por exame no leito em uma AVP com ~~medicação~~

12-00 idem. medicação de ~~medicação~~

13-00 idem. medicação de ~~medicação~~

14-00 idem. medicação de ~~medicação~~

15-00 idem. medicação de ~~medicação~~

16-00 idem. medicação de ~~medicação~~

17-00 idem. medicação de ~~medicação~~

18-00 idem. medicação de ~~medicação~~

19-00 idem. medicação de ~~medicação~~

20-00 idem. medicação de ~~medicação~~

21-00 idem. medicação de ~~medicação~~

22-00 idem. medicação de ~~medicação~~

23-00 idem. medicação de ~~medicação~~

24-00 idem. medicação de ~~medicação~~

01-00 idem. medicação de ~~medicação~~

02-00 idem. medicação de ~~medicação~~

03-00 idem. medicação de ~~medicação~~

04-00 idem. medicação de ~~medicação~~

05-00 idem. medicação de ~~medicação~~

06-00 idem. medicação de ~~medicação~~

07-00 idem. medicação de ~~medicação~~

08-00 idem. medicação de ~~medicação~~

09-00 idem. medicação de ~~medicação~~

10-00 idem. medicação de ~~medicação~~

11-00 idem. medicação de ~~medicação~~

12-00 idem. medicação de ~~medicação~~

13-00 idem. medicação de ~~medicação~~

14-00 idem. medicação de ~~medicação~~

15-00 idem. medicação de ~~medicação~~

16-00 idem. medicação de ~~medicação~~

17-00 idem. medicação de ~~medicação~~

18-00 idem. medicação de ~~medicação~~

19-00 idem. medicação de ~~medicação~~

20-00 idem. medicação de ~~medicação~~

21-00 idem. medicação de ~~medicação~~

22-00 idem. medicação de ~~medicação~~

23-00 idem. medicação de ~~medicação~~

24-00 idem. medicação de ~~medicação~~

01-00 idem. medicação de ~~medicação~~

02-00 idem. medicação de ~~medicação~~

03-00 idem. medicação de ~~medicação~~

04-00 idem. medicação de ~~medicação~~

05-00 idem. medicação de ~~medicação~~

06-00 idem. medicação de ~~medicação~~

Assinatura e identificação

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	35.10			36.0			36.0					36.0	Glicemia												
Pressão Arterial	120/80			110/80			136/83					136/83	Escala de Dor												
F. Cardíaca	82			70			55					77													
F. Respiratória	18			18																					

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça:																								



# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Jonathan dos Santos

IDADE:

20

LEITO:

04

REGISTRO:

1108418

UNIDADE:

001

DATA: 05.08.19 07:00 às 13:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07:00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AVP e HSE com baroterapia, calmo, desperto, apnéu, acimétrico, em companhia de familiar

08:00 - Aceitou café da manhã, oferecido pela nutrição.

09:00 - Adm. clarear 40mg de horário, conforme prescrição médica

Realizado banho de aspersão + estética do leito

10:00 - Adm. paracetamol 325 de horário, conforme prescrição médica

Aceitou suco, oferecido pela nutrição

11:00 - Adm. dipirona 75 de horário, conforme prescrição médica

12:00 - Aceitou o almoço, oferecido pela nutrição

12:10 - Paciente segue bem aos cuidados da equipe de enfermagem

Assinatura e identificação

DATA: 05.08.2019 13:00 às 19:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input checked="" type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 Paciente encontra-se no leito em posição de semi-fowler calma, consciente, orientado, acimétrico, anisotérico, apnéu em uso de gelo hidratado

14:00 Aceitou SSVV

15:30 Aceitou lanche oferecido

17:00 Adm. dipirona de horário; remarcado vomito

18:00 Aceitou jantar oferecido

Segue mantendo quadro

Assinatura e identificação



1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

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

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

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

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☒ Sim ☐ Não

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

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

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

10-DIURESE: Ausente: horas ☐ Presente: vezes

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina:

19. Paciente encontra-se quiescente em decúbito lateral

21. Foi solicitado o banho de higiene

23. Foi administrado o medicamento de horário conforme prescrição médica

24.03.05. Foi administrado o medicamento de horário conforme prescrição médica

03.05. Paciente em repouso

06. Foi administrado o medicamento de horário conforme prescrição médica

06.45. Possui Plântas Presentes em quies

Maria José de Menezes  
Téc. de Enfermagem  
CRP 10.100/03

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	36,2			35,9			35,5					35,5	Glicemia												
Pressão Arterial	140x90			120x80			120x10					56	Escala de Dor												
F. Cardíaca	56			50			79					20													
F. Respiratória	19			20			36																		

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Íntima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								



DATA: 08/11/2019

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Normal ☒ Anormal

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

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

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

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

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

10-DIURESE: Ausente: \_\_\_\_\_ horas ☒ Presente: \_\_\_\_\_ vezes

19:00 hs 07:00 h

19:00 hs 07:00 h

23:00 hs 07:00 h

24:00 hs 07:00 h

05:00 hs 07:00 h

06:00 hs 07:00 h

Assinatura e Identificação

Assinatura e Identificação

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura					36		36,3					36,0	Glicemia												
Pressão Arterial					80		85					85	Escala de Dor												
F. Cardíaca					83		70					57													
F. Respiratória					20																				

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Íntima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								



Joseph von Sinner

LEFT:

REGISTRO:

UNIDADE:

Ontario I

85

10

—

☐ Acamado      ☐ Impossibilitado

DATA:

07:00 น.  
13:00 น.

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Florte

5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Desnuda ☐ Desnuda

6- LITÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

☐ Diminuída ☐ Anorético

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

**vezes**

Alterações nas fezes:

☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina

1

9-EVALUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero  
 Icteric ☐ Perianter:

1

10-DIREKT: Ausserie

IN RE

1

10

1

10

1

1

1

10

1

1

10

1

1

Copyright Clearance Center, Inc.

1

1

Assinatura e identificação

p. 47

Assinatura e Identificação  
 Paulo Roberto da Batona Cruz  
 157 157 75



DATA DE NASCIMENTO:

7/10/98

LEITO: C4

GRUPO: Otop I

SEG

TER

QUA

QUI

SEX

SAB

DOM

DIA: / DATA: / HORÁRIOS

	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
1 Orientar o paciente desde a sua admissão até sua alta hospitalar, o significado e importância do uso da pulseira de identificação.	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N
2 Estabelecer uma comunicação efetiva junto ao paciente e família, buscando sempre identificar os seus anseios e dificuldades orientando e sanando dúvidas	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N
3 Verificar programação cirúrgica para suspender anticoagulante na véspera e/ou dia do procedimento.	7h	7h	7h	7h	7h	7h	7h
4 Esclarecer dúvidas sobre o tratamento, tipo e local da cirurgia proposta bem como explicar procedimentos a serem realizados e rotinas institucionais.	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N
5 Realizar higienização das mãos com água e sabão a cada procedimento realizado.	ATT	ATT	ATT	ATT	ATT	ATT	ATT
6 Realizar troca de dispositivos invasivos (AVP) a cada 96 horas e/ou sempre que necessário.	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N
7 Orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas e manter grades no leito.	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N	M / N
8 Auxiliar a mudança de decúbito com alternância de posições de 2/2 horas.	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06
9 Hidratar a pele sobre as proeminências ósseas com hidratante corporal à base de ácidos graxos essenciais (AGE), sem massagear. Reaplicá-lo a cada 6 horas.	10 16 22 04	10 16 22 04	10 16 22 04	10 16 22 04	10 16 22 04	10 16 22 04	10 16 22 04
OBSERVAÇÕES							
	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ
	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE
	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE
	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ	REC. MANHÃ
	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE	REC. TARDE
	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE	REC. NOITE

Luciene dos Santos  
Enfermeira  
COREN-SP



DATA DE NASCIMENTO:

Thomaz SFS

17/10/98

ID:

C4

UNIDADE:

Sutego

SEG

TER

QUA

QUI

SEX

SAB

DOM

05/08

06/08

07/08

08/08

1 Orientar o paciente desde a sua admissão até sua alta hospitalar, o significado e importância do uso da pulseira de identificação.

M I N

M T N

M T N

M T N

M T N

M I N

M I T

2 Estabelecer uma comunicação efetiva junto ao paciente e família, buscando sempre identificar os seus anseios e dificuldades orientando e sanando dúvidas.

M T N

M T N

M T N

M T N

M T N

M T N

M I N

3 Verificar programação cirúrgica para suspender anticoagulante na véspera e/ou dia do procedimento.

7h

7h

7h

7h

7h

7h

7h

1 Esclarecer dúvidas sobre o tratamento, tipo e local da cirurgia proposta bem como explicar procedimentos a serem realizados e rotinas institucionais.

M T N

M T N

M T N

M T N

M I N

M T N

M I N

3 Realizar higienização das mãos com água e sabão a cada procedimento realizado.

ATT

ATT

ATT

ATT

ATT

ATT

ATT

1 Realizar troca de dispositivos invasivos (AVP) a cada 96 horas e/ou sempre que necessário.

/

/

/

/

/

/

/

1 Orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas e manter grades no leito.

M T N

M I N

M I N

M T N

M I N

M I N

M T N

0 Auxiliar a mudança de decúbito com alternância de posições de 2/2 horas.

08 10 12 14 16  
18 20 22 24 02  
04 0608 10 12 14 16  
18 20 22 24 02  
04 0608 10 12 14 16  
18 20 22 24 02  
04 0608 10 12 14 16  
18 20 22 24 02  
04 0608 10 12 14 16  
18 20 22 24 02  
04 0608 10 12 14 16  
18 20 22 24 02  
04 0608 10 12 14 16  
18 20 22 24 02  
04 06

1 Hidratar a pele sobre as proeminências ósseas com hidratante corporal à base de ácidos graxos essenciais (AGE), sem massagear. Reaplicá-lo a cada 6 horas.

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

10 16 22 04

OBSERVAÇÕES.

REC. MANHÃ

REC. MANHÃ

REC. MANHÃ

REC. MANHÃ

REC. MANHÃ

REC. MANHÃ

REC. MANHÃ

REC. TARDE

REC. TARDE

REC. TARDE

REC. TARDE

REC. TARDE

REC. TARDE

REC. TARDE

REC. NOITE

REC. NOITE

REC. NOITE

REC. NOITE

REC. NOITE

REC. NOITE

REC. NOITE

REC. REI

REC. REI

REC. REI

REC. REI

REC. REI

REC. REI

REC. REI



# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: José Manoel dos Santos  
 ID: 07110188 LEITO: C2 REGISTRO: 1108685  
 UNIDADE: Orto I  
 DATA: 08/08/19 HORA: 10:00 h  
 SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO DIA: 04/08/19

## EXAME ESPECÍFICO:

### A- INDICADORES DE GRAVIDADE

VIA AÉREA: ☒ Normal ☐ Tubo endotraqueal ☐ Cânula Traqueal  
 VENTILAÇÃO: ☒ Espontânea ☐ Ventilação Mecânica ☐ Aporte de oxigênio  
 FC:    bpm FR:    rpm PANI:    mmHg Temperatura:    °C Sat. de O2:    % PAM:    mmHg  
 PVC:    mmHg PIC:    mmHg PIA:    mmHg

Escala de CAM- ICU (DELIRIUM) Pontos:   

Escala de Coma de Glasgow	ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA		REATIVIDADE PUPILAR		Pontos: <u>15</u>
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Esprontado	4	3	5	4	6	5	2	1	
Estímulos Verbais	3	2	3	2	4	3	1	0	
Estímulos à Pressão	2	1	2	1	3	2	0	0	
Autente	1	0	1	0	2	1	0	0	
Não testável	0	0	0	0	1	0	0	0	

Escala de RASS	Pontos: <u>  </u>	
	1	2
Combativo, violento, representando risco para a equipe	+4	Torporoso -1
Muito Agitado, puxa e remove tubos ou cateteres	+3	Sedado leve -2
Agitado, movimentos desproporcionais frequentes, briga com o ventilador	+2	Sedado moderado -3
Inquieto, apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos	+1	Sedado profundamente -4
Alerta e calmo	0	Coma -5

Escala de Morse	HISTÓRICO DE QUEDAS		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO		Pontos: <u>30</u>
	1	2	3	4	5	6	
Não Sim	0	15	Não Sim	0 15	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde	0 15	
Dispositivo Endovenoso	0	20	MARCHA	0 10 20	ESTADO MENTAL	0 15	
Não Sim	0	20	Normal/Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas	0 10 20	Orientado / Capaz quanto à sua capacidade / limitação	0 15	
			Frouxo		Superestima capacidade / Esquece limitações		
			Comprometida ou Cambaleante				

Escala de Braden	PERCEPÇÃO SENSORIAL		UMIDADE		ATIVIDADE		Pontos: <u>21</u>
	1	2	3	4	5	6	
Completamente limitada	1	2	Constantemente Úmida	1	Acamado	1	
Muito limitada	2	3	Frequentemente Úmida	2	Restrito à cadeira	2	
Levemente limitada	3	4	Ocasionalmente Úmida	3	Caminha ocasionalmente	3	
Nenhuma alteração	4	5	Raramente Úmida	4	Caminha frequentemente	4	

Escala de Dor	MOBILIDADE		NUTRIÇÃO		FRICÇÃO E CISCALHAMENTO		Pontos: <u>  </u>
	1	2	3	4	5	6	
Completamente Imobilizado	1	2	Muito pobre	1	Problema	1	
Muito limitado	2	3	Inadequada	2	Problema Potencial	2	
Levemente limitado	3	4	Adequada	3	Nenhum problema aparente	3	
Nenhuma limitação	4	5	Excelente	4		4	

### B- DISPOSITIVOS INVASIVOS

Tubo Orotraqueal	Traqueostomia	Sonda Gástrica	Sonda Enteral
Data de Instalação: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data de Instalação: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data de Instalação: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data de Instalação: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
Data da Última Troca: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data da Última Troca: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data da Última Troca: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data da Última Troca: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
Data da Retirada: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data da Retirada: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data da Retirada: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data da Retirada: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>



Cateter Venoso Periférico	Cateter Venoso Central	Dr. <u>                    </u>
Data de Instalação: <u>07/08/19</u>	Data de Instalação: <u>                    </u>	Data de Instalação: <u>                    </u>
Data da Última Troca: <u>                    </u>	Data da Última Troca: <u>                    </u>	Data da Última Troca: <u>                    </u>
Data da Retirada: <u>                    </u>	Data da Retirada: <u>                    </u>	Data da Retirada: <u>                    </u>

## C - EXAME FÍSICO

### FOCO NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Mídicas ☐ Midríaticas ☐ Fotorreagentes  
 Fala: ☒ Normal ☐ Afasia ☐ Disartria ☐ Dislalia ☐ Afonia ☐ Deafasia  
 Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Comatoso ☐ Sonolento ☐ Confuso ☐ Torporoso ☐ Sedado  
 Resposta Motora: ☒ Normal ☐ Hemiplegia ☐ Plegia ☐ Paresia ☐ Parestesia

### FOCO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Chelo ☐ Filiforme  
 Pele: ☒ Corada ☐ Hipocorada ☐ Cianótica Localização:                      AC:                     

### FOCO RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradpneico ☐ Ortopneico ☐ Dispneico AP: ☐ MV+ sem RA ☐ Estertores ☐ Roncos ☐ Sibilos

### FOCO GASTROINTESTINAL

☐ Distendido ☐ Dor a palpção ☐ Flácido ☐ Globoso ☒ Plano RHA: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuídos ☐ Aumentados

OBS:                     

### ELIMINAÇÕES

Dejeções: ☒ Presente ☐ Ausente (dias                     )  
 Diurese: ☒ Amarelo claro ☐ Concentrada ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Piúria ☐ Disúria ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Anúria

OBS:                     

### APARELHO LOCOMOTOR

Edema: ☒ Ausente ☐ Presente Local/Cafico:                       
 Alteração Trófica: ☒ Ausente ☐ Presente:                       
 Sensibilidade: ☐ Presente ☒ Ausente  
 Mobilidade Preservada: ☒ Sim ☐ Não

### SEGURANÇA FÍSICA

Necessidade de contenção no leito ☐ Sim ☐ Não Isolamento ☐ Sim ☐ Não

### NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Necessidade de acompanhante ☒ Sim ☐ Não ☐ Ansiedade ☐ Medo ☐ Solicitante ☐ Outros:                     

### NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

☐ Praticante ☐ Não praticante ☐ Necessidade de auxílio espiritual

		Lesão Por Pressão		Tratamento
		Local	Est.	Característica
	Local			
	Est.			
	Característica			
	Tratamento			

## D - AVALIAÇÃO/CONDUTAS:



Troca: \_\_\_\_\_ Data da Última Troca: \_\_\_\_\_ Data da Última Troca: \_\_\_\_\_  
 Data da Retirada: \_\_\_\_\_ Data da Retirada: \_\_\_\_\_ Data da Retirada: \_\_\_\_\_

SICO

**NEUROLÓGICO**  
 cónicas ☒ Anisocóricas ☐ Mioticas ☐ Midriáticas ☐ Fotorreagentes  
 al ☒ Afasia ☐ Disartria ☐ Dislalia ☐ Afonia ☐ Disfasia  
 ciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Comatoso ☐ Soporoso ☐ Confuso ☐ Torporoso ☐ Sedado  
 tora: ☒ Normal ☐ Hemiplegia ☐ Plegia ☐ Paresia ☐ Parestesia

**RESPIRATÓRIO**  
 nico ☒ Arritmico ☐ Cheio ☐ Filiforme  
 ada ☐ Hipocorada ☐ Cianótica Localização: \_\_\_\_\_ AC: \_\_\_\_\_  
 AP: ☒ MV+ sem RA ☐ Estertores ☐ Roncos ☐ Sibilos

**TRATÓRIO**  
☐ Taquipneico ☐ Bradpneico ☐ Ortopneico ☐ Dispneico  
**TRINTESTINAL**  
☐ Dor a palpação ☐ Flácido ☐ Globoso ☐ Plano RHA: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuídos ☐ Aumentados

**URINÁRIOS**  
☐ Presente ☐ Ausente (dias) \_\_\_\_\_  
 Amarelo claro ☐ Concentrada ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Piúria ☐ Disúria ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Anúria

**LOCOMOTOR**  
 Ausente ☐ Presente Local/Café: \_\_\_\_\_  
 rótica: ☐ Ausente ☐ Presente:  
 de: ☐ Presente ☐ Ausente  
 Preservada: ☐ Sim ☐ Não:

**ICIA FÍSICA**  
 de de contenção no leito ☐ Sim ☐ Não Isolamento ☐ Sim ☐ Não  
☐ Medo ☐ Solicitante ☐ Outros: \_\_\_\_\_

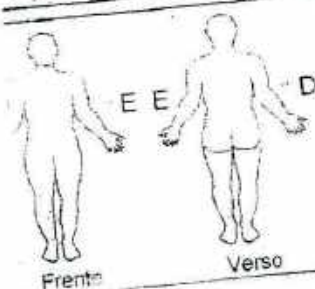
**DADES PSICOSSOCIAIS**  
 de acompanhante ☐ Sim ☐ Não ☐ Ansiedade

**DADES PSICOESPIRITUAIS**  
 nte ☐ Não praticante ☐ Necessidade de auxílio espiritual

Lesão Por Pressão

Característica

Tratamento



ACÇÃO/CONDUTAS:

05/8  
 Paciente admitido ontem 16:18 supneco, consciente  
 Orientado SUP fratura fíbula

Luciene E. dos Santos  
 Enfermeira  
 COREN/SC 12.990



## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

**Nome Completo:** Monica dos Santos

**D.N.:** 4/10/98 **LEITO:** C4 **REGISTRO:** 1108

**UNIDADE:** Ortop I

**DATA:** 04/8/19 **HORA:** 18:30

**SEXO:** ☒ MASCULINO ☐ FEMININO **DIH:**     

### EXAME ESPECÍFICO:

#### A- INDICADORES DE GRAVIDADE

**VIA AÉREA:** ☒ Normal ☐ Tubo endotraqueal ☐ Cânula Traqueal **VENTILAÇÃO:** ☒ Espontânea ☐ Ventilação Mecânica ☐ Aporte de oxigênio

**FC:** bpm **FR:** lpm **PANI:** mmHg **Temperatura:** °C **Sat. de O2:** % **PAM:**

**PVE:** mmHg **PIC:** **PIA:**

#### Escala de CAM- ICU (DELIRIUM)

Escala de Coma de Glasgow	ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA		REATIVIDADE PUPILAR	
	Esontânea	4	Orientado	5	Obedece comandos verbais	6	Inexistente	2
Estímulos Verbais	3	Confuso	4	Localiza estímulos	5	Parcial	1	
Estímulos à Pressão	2	Palavras inapropriadas	3	Retirada inespecífica	4	Completa	0	
Ausente	1	Sons ininteligíveis	2	Padrão flexor	3			
Não testável	0	Assente	1	Padrão extensor	2			
		Não testável	0	Assente	1			
				Não testável	0			

Escala de RASS	Combetivo, violento, representando risco para a equipe		Torporoso	
	Muito Agitado, puxa e remove tubos ou cateteres	+4	Sedado leve	-1
Agitado, movimentos desproporcionais frequentes, briga com o ventilador	+3	Sedado moderado	-2	
Inquieto, apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos	+2	Sedado profundamente	-3	
Alerta e calmo	+1	Coma	-4	
	0		-5	

Escala de Morse	HISTÓRICO DE QUEDAS		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	
	Não	0	Não	0	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Sim	25	Sim	15	Muletas, Bengala ou Andador	15	
				Mobilizador ou Corredor	30	
	DISPOSITIVO ENDOVENOSO		MARCHA		ESTADO MENTAL	
	Não	0	Normal/Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas	0	Orientado / Capaz quanto à sua capacidade / limitação	0
Sim	20	Fraca	10	Supera capacidade / Esquece limitações	15	
		Comprometida ou Combaleante	20			

Escala de Braden	PERCEÇÃO SENSORIAL		UMIDADE		ATIVIDADE	
	Completamente limitada	1	Constantemente úmida	1	Acamado	X
Muito limitada	2	Frequentemente úmida	2	Restrito à cadeira		
Levemente limitada	3	Ocasionalmente úmida	3	Caminha ocasionalmente		
Nenhuma alteração	4	Raramente úmida	4	Caminha frequentemente		
	MOBILIDADE		NUTRIÇÃO		FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	
	Completamente imobilizado	1	Muito pobre	1	Problema	
Muito limitado	2	Inadequada	2	Problema Potencial		
Levemente limitado	3	Adequada	3	Nenhum problema aparente	X	
Nenhuma limitação	4	Excelente	4			

Escala de Dor	Sem dor	
	Dor leve	1 a 3
Dor moderada	4 a 6	
Dor intensa	7 a 10	

#### B- DISPOSITIVOS INVASIVOS

Tubo Orotraqueal	Traqueostomia	Sonda Gastrica	Sonda Enteral
Data de instalação: <u>    </u>	Data de instalação: <u>    </u>	Data de instalação: <u>    </u>	Data de instalação: <u>    </u>
Data da Última Troca: <u>    </u>	Data da Última Troca: <u>    </u>	Data da Última Troca: <u>    </u>	Data da Última Troca: <u>    </u>
Data da Retirada: <u>    </u>	Data da Retirada: <u>    </u>	Data da Retirada: <u>    </u>	Data da Retirada: <u>    </u>



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

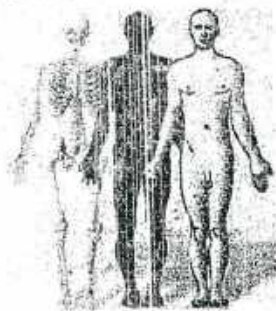
Nome: Joathon dos Santos Procedência: Ortop Matrícula: 1108685  
Idade: 26 Sexo: M ( ) F Data de admissão: 04/08/19 Leito: 64

**TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)**

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

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)**

HORÁRIO: \_\_\_\_\_ h.



ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)**

**EQUIPE CIRÚRGICA**

- Cirurgião: Dr. Paulo Sallete
- Instrumentador: Marcelo
- Anestesiologista: Dr. Arneiro / Prival
- Circulante: Janyso

**SERVIÇO DE APOIO**

- Hemotransusão com SO ( ) SIM ( ) NÃO
- ( ) 1ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- ( ) 2ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- ( ) 3ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- Anatomopatológico: ( ) SIM ( ) NÃO
- ( ) Peça cirúrgica: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

- Proposto: \_\_\_\_\_ Realizado: \_\_\_\_\_
- Horário - Início: 08:05 h e Término 08:30 h.
- Monitoração: ( ) ECG ( ) Oximetria ( ) PANI ( ) Pressão invasiva:
- Técnicas Anestésicas: ( ) Geral venosa ( ) Geral intravenosa ( ) Geral combinada ( ) Peridural com cateter Peridural sem cateter ( ) Raqui-anestesia ( ) Bloqueio ( ) Sedação ( ) Local
- Posição Cirúrgica: ( ) Dorsal ( ) Ventral ( ) Ginecológica ( ) Lateral D ( ) Lateral E ( ) Outras \_\_\_\_\_
- Local da placa dispersiva: MSE
- Incisão Cirúrgica - local: MI A
- Curativo - Tipo e local: camom

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intervenções)**

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 08:00 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: \_\_\_\_\_ h.

Paciente adm na SO para submeter a um ato cirúrgico, com orientado, verbalizando, consciente, apneica, normotensa, monitorizada PA 135x67 mmHg, FE 56 bpm, SpO<sub>2</sub> 99% em O<sub>2</sub> suplementar. Realizado raqui-anestesia com agulha N°27 às 08.05 com sucesso, aberto campo estéril, colocados os membros e iniciada osteria do MTA, após ( ) iniciado o ato cirúrgico às 08.30, com início do ato cirúrgico realizado com sucesso, paciente encaminhado para SRPA com exames, prontuário e sob streta observação.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Carla F. Santos  
COREN/SE 1358738-TE

Carla F. Santos  
Secret. Clínica/FBHC  
Mat. 89440



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

## DISPOSITIVOS EM USO

( ) CATETER O2 - \_\_\_\_ L/MIN ( ) MASCARA O2 - FIO2: \_\_\_\_ % ( ) VMI/TOT - Modo: \_\_\_\_ e FIO2: \_\_\_\_ % ( ) VMI/TQT - Modo: \_\_\_\_ e FIO2: \_\_\_\_ % ( ) MARCAPASSO  
 ( ) CATETER VENOSO PERIFERICO \_\_\_\_ ( ) CATETER VENOSO CENTRAL ( ) CATETER PERITONEAL ( ) Sonda Vesical ( ) Sonda Gástrica/Enteral ( ) OSTOMIA  
 ( ) FRALDA ( ) DRENO SUCÇÃO: \_\_\_\_ ( ) DRENO PENROSE: \_\_\_\_ ( ) DRENO TORÁCICO: \_\_\_\_ ( ) DRENO TORÁCICO

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

0	FR: 20 rpm	SpO2: 99 %	FC: 72 bpm	PANI: 154/75 mmhg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
30	FR: 26 rpm	SpO2: 99 %	FC: 60 bpm	PANI: 140/64 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: 10:25 h. Paciente admitido na SRPA vindo de sala operatória após cirurgia em uso de sedoterapia + efeito anestésico

ASSINATURA:

Cândida Viriato Melo Santos

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

HORARIO: \_\_\_\_ h. Paciente saiu de sala da SRPA para sua unidade de origem.

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

COREN - SE 068334/2

## MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

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

	Valor	0	30	60	90	120
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	02		✓		
	Capaz de mover os 02 membros	01				
	Incapaz de mover os membros	0				
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02		✓		
	Dispneia ou limitação de respiração	01				
	Apnéia	0				
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02		✓		
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01				
	PA 50% do nível pré anestésico	0				
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02		✓		
	Desperta se solicitado	01				
	Não responde	0				
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02		✓		
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01				
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0				
IAK	TOTAL					

HORARIO DE ALTA - SRPA: 11:00 h.

ASSINATURA - ANESTESIOLOGISTA/CRM:

ASSINATURA - ENFERMEIRO(A) / COREN:

Dr. Alexandre Augusto  
CRM 5619





## RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: *Joelhon dos Santos*  
 NUMERO DE INTERNAMENTO: *1108685*  
 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:  
 CIRURGIÃO: *DR Paulo Sallete*  
 ENFERMEIRO: *Lorena / Daiane*  
 CIRCULANTE DE SALA: *Laryssa*  
 ANESTESIOLOGISTA: *DR Andreia / Priscila*  
 INSTRUMENTADOR: *Marcela*  
 DATA: *03/08/19*  
 SALA CIRÚRGICA: *06*

GRAMPEIA INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAINC

DIAPHRAGM OF TIBIA.

WISCONSIN - 300 - 00

$$q_{\text{net}} = 8$$
$$AUT = 3$$

Ex. M. P 33 Hrs 01:00:00 N=4

Aut-11

cc 03 CAPOTES e 05 CAMPOS C/INT.



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA



PACIENTE: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_  
 CURRUS REALIZADA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_  
 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESIA: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_  
 CIRGULANTE: \_\_\_\_\_

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM	1- CATH AMARELO ( ) AZUL ( ) VERDE ( )	
MONOCRYL 5.0 REF Y895	LÁMINA DE BISTURI Nº 15 ( ) 23 ( ) 24 ( )	1
MONOFYL 3.0 C/2 AG. 70CM	LATEX 204 AMARELO ( ) SILICONE ( )	1
MONONYLON Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )	LUVA ESTERIL 7.0	2
( ) 10 ( )	LUVA ESTERIL 7.5	1
OLIVSTER (ETIEBOND) Nº 0 ( ) 5 ( )	LUVA ESTERIL 8.0	2
OLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 5 ( )	PLACA DE BISTURI ELETRICO	
( )	SCALP Nº 19 ( ) 21 ( ) 23 ( ) 25 ( ) 27 ( )	
OLYCRYL Nº 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 5 ( ) 8 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 1ML ( ) 60ML ( )	
ICRYL Nº 0.5 AG.	SERINGA DESCARTAVEL 3 ML ( ) 5ML ( )	2
ATGUT. SIMPLES C/AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 10ML	1
( ) 5 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	1
ATGUT. SIMPLES S/AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	SERRA DE GIGLI	
( ) 5 ( )	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )	1
ERA P/ OMSO	16 ( ) 18 ( ) 20 ( )	
LETRODO DESCARTAVEL P/ MARC APASSO	SONDA CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )	
ITA CARDIACA PC 500	16 ( )	
IT CATARATA 3/8 6.5MM REF Y85510	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( )	
IGA CLIP 100	22 ( )	
IGA CLIP 100	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24 ( )	
MONOCRYL 0 REF Y967H 3.5 CM	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( )	
MONOCRYL 3 REF Y305 1.5 CM	4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )	
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( )	
MATERIA MEDICO HOSPITALAR	5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) 9.0 ( ) 9.5 ( )	
AGDÃO MICROFILO	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( ) 3.5 ( )	
CATH Nº ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24	4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )	
BADADER DE LIV/GUA (ESPATULA)	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( )	
GULHA DESCARTAVEL Nº ( ) 23X0.45 ( ) 30X0.70 ( )	3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )	
OKO.20 ( ) OKO.12	SONDA GASTRICA Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	
GULHA PERITONEAL Nº ( ) 16 ( ) 18 ( ) 19 ( ) 20	20 ( ) 22 ( )	
GULHA DE P/QUIN Nº ( ) 25 ( ) 27	SONDA RETAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	
TADURA A/GDÃO ORTOPEDICO 10CM ( )	20 ( )	
5CM ( ) 10CM ( )	SONDA URETRAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )	
TADURA CREPOM 10CM	20 ( )	
TADURA CREPOM 15CM	SONDA CATETER TIPO OCULOS	
TADURA CREPOM 20CM	TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS	
TADURA GESEADA 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )	FRACIONADOS	
OLSA DE COLOSTOMIA	CAL SOLDADA	
ÂNULA DE TANCQUEOSTOMIA Nº 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )	ESPARADRAPO COMUM 22cm	
0 ( )	ESPARADRAPO ANTIALERGICO	
AVA P/ ATICHOSCÓPIO ( ) CAIPA P/ VIDEO ( )	ETER SULFURICO	
CAETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	FORMOL 10% Elevado alcoolica 100 ml	
RENO DE KERM EM T Nº 12 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )	GORRO TURBANTE	
RENO DE SUÇÃO Nº 3.2 ( ) 4.8 ( ) 6.4 ( )	MÁSCARA DESCARTAVEL	
RENO DE TORAX Nº 28 ( ) 36 ( )	POLVIDINE TÓPICO	
RENO PENROSE Nº 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )	POLVIDINE DEGERMANTE	
LETRODO DESCARTAVEL		
QUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL		
SCOVA P/PI		
SPONJA DEURIAM MEDICINAL		



PITAL



ORTOPLAN SERGIPE LTDA. - EPP  
Av Rio Branco, 186 - Ed. Ovídio Teixeira - Sala 813  
Telefax: (79) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030  
Aracaju - SE

PACIENTE:

Nº DAAIH:

DATA DA CIRURGIA:

CIRURGIÃO:

PRONTUÁRIO Nº

CONVÊNIO:

PROCEDIMENTO:

## DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 018710

	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input checked="" type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero	3360	01
	Placa em T 3,5			Haste Bloqueada Proximal		
	Placa A/ C Peq. Fragtos 3,5			Parafuso de Bloqueio Proximal para Haste	3514502	
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5			Parafuso de Bloqueio Distal para Haste	35120022	
	Placa em Trevo 3,5			Parafuso Tampão		
	Placa de Reconstrução 3,5			Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten		
Grandes Fragmentos	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Tuba Tubo <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fêmur		
	Placa A/ C Estreita 4,5			Fixador Linear (Antebraço)		
	Placa A/ C Larga 4,5			Fixador Linear (Úmero)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fêmur		
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fêmur		
	Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
	Placa em L/ T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Articulado (TP Colles)		
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Ilizarov		
	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Lâmina de Cartilagem		
Fra. Colo	Parafuso Deslizante			Lâmina de Osso		
	Parafuso de Compressão			Equipo p/ Bomba Infusão		
				Equip. Multivias		
Quadril	Prótese Thompson			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)		
	Parafuso p/ Acetábulo			Parafuso Transverso		
	Acetábulo Bipolar			Parafuso de Interferência		
	Acetábulo N/ Cimentado			Agrafe		
	Acetábulo Cimentado			Âncora Femoral (Endoboton)		
	Inserto do Acetábulo			Âncora		
	Cabeça Intercambiável			Cânula		
	Haste			Fio de Kirschner		
	Restritor de Cimento			Fio de Steinmann		
	Componente Femoral			Fio de Cerclagem		
Joelho	Inserto Tibial			Grampo de Blount		
	Base Tibial			Placa Bloqueada 3,5 ( )		
	Componente Patelar			Placa Bloqueada 4,5 ( )		
				Placa Titânio ( ) ( )		
OPSITE				Placa Pedus		
Cimento Ortopédico						
Kit Cimentação						
Campo Cirúrgico						

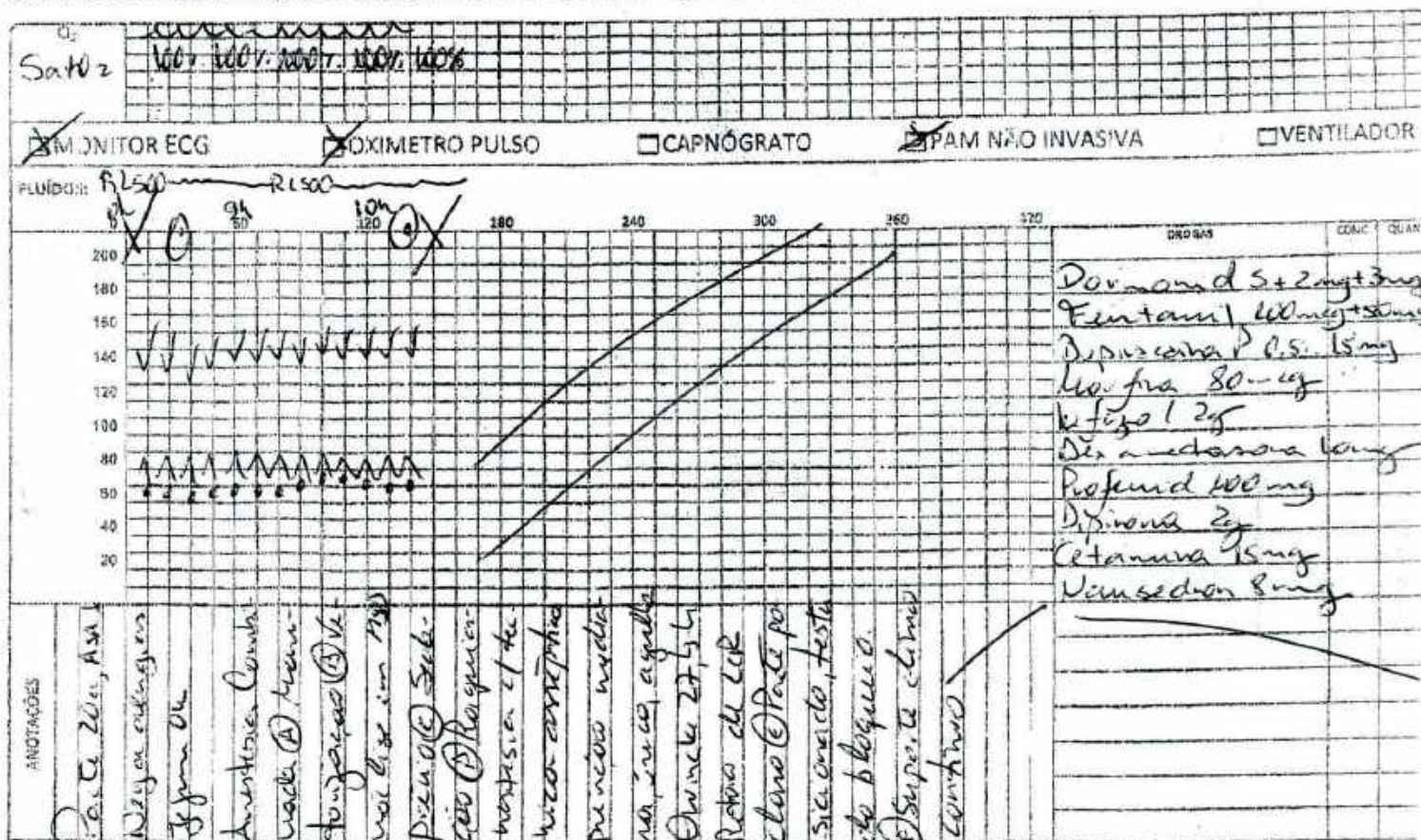
## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL ____ MM	Nº							PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____ MM	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO CORTICAL 3,5MM	Nº							PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____ MM	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM	Nº							PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____ MM	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	Nº							PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____ MM	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM	Nº							PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 3,5	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA	Nº							PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 4,5	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO ESPONJ. R/32 LONGA	Nº							PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/16	Nº							
	QTD								QTD							
PARAFUSO TIPO HERBERT	Nº							PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/32	Nº							
	QTD								QTD							



DATA: 07108, 19

PACIENTE: <i>Joathan dos Santos.</i>			MATRICULA: <i>1103718</i>		CONVÊNIO:	
IDADE: <i>20an</i>	SEXO: <i>M</i>	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:
CIRURGIÃO: <i>D. Paulo</i>			ANESTESISTA: <i>Dra. Anderson + Piusca (NEI)</i>			
1º AUXILIAR:			2º AUXILIAR:			
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fatura da T.ibia</i>						
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <i>O mesmo</i>						
CIRURGIA PROPOSTA: <i>Pro. cirurgico de fatura de tibia</i>						
CIRURGIA REALIZADA: <i>A proposta</i>					CÓDIGO CIRURGICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO: <i>—</i>				HORA: <i>—</i>		RESULTADO: <i>1-2-3-4-5-6</i>
INÍCIO DA ANESTESIA <i>8:05h</i>	INÍCIO DA OPERAÇÃO <i>8:30h</i>	ALT DA ANESTESIA	RISCO OPERATÓRIO <i>1-2-3-4</i>	ESTADO FÍSICO <i>1-2-3-4-5-6-7</i>		

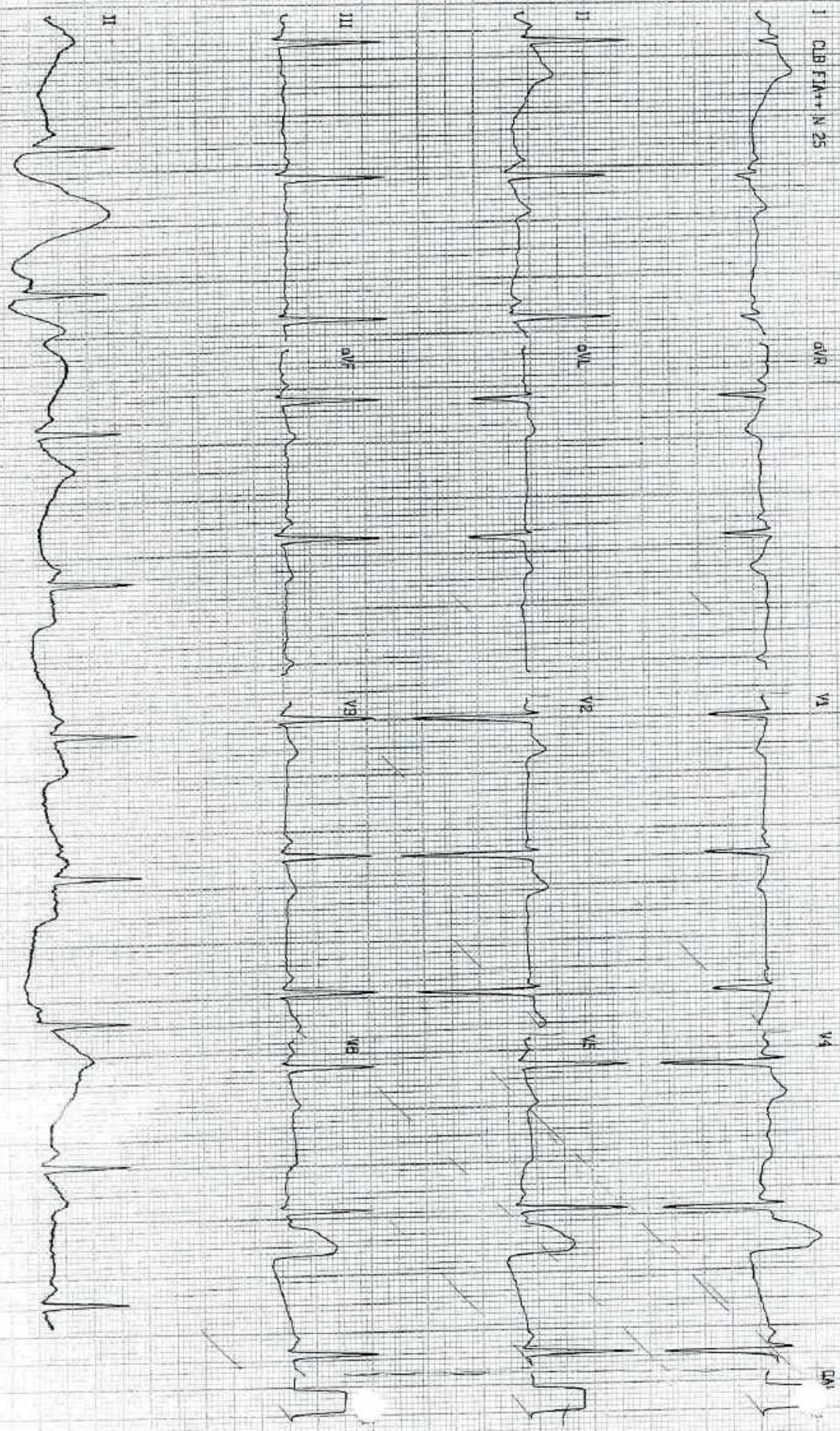


AGENTES ANESTÉSICOS: <u>Supracaina Pisada 0.5%</u>			
TÉCNICA: <u>Anestesia Combinada (Raquianestesia + Sedação)</u>			
POSICÃO: <u>deu</u>		LOCAL PUNÇÃO: <u>-</u>	LÍQUIDO RETIRADO: <u>-</u>
POSICÃO APOS: <u>E</u>		POSICÃO OPERATÓRIA: <u>deu</u>	RESULTADO B.R.M.: <u>-</u>
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <u>100 min</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>130 min</u>	CONSCIÊNCIA:
PÓS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA		DESTINO DA SRPA: <input checked="" type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES:
OBSERVAÇÕES:		<u>Dra. Andreia Pereira Augusto</u> <u>CRM 56115</u> ASSINATURA DO ANESTESISTA	
<u>Dra. Priscila Sales Leal</u> <u>Medica</u> <u>5051</u>			



foathan des Sentes  
auto T-2.C4

05.08.19





# HUS - HOSPITAL DE URGENCIA DE S<sup>ER</sup>GIPE

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. TANCREDO NEVES, S/N, BAIRRO CAPUCHO

TEL.: (079) 3216-2600

## /alidado

Nome: JOATHAN DOS SANTOS

Sexo: Masculino

ID do doente: V TRAUMA

Data nascimento: 07.10.1998

ID da amostra: 11

Data/hora da colheita:

Localização:

Médico:

saio	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão Hora da conclusão
REATININA	0.90	mg/dL	CNTL	0.50 - 1.30	03.08.2019 10:31
C	3.6	mmol/L		3.5 - 5.1	03.08.2019 10:26
I-C	138	mmol/L		136 - 145	03.08.2019 10:26
REIA	26	mg/dL		17 - 56	03.08.2019 10:31

Fim do registo da amostra

CRBM - 873  
BIOQUÍMICA  
03/08/2019



HOSPITAL DE URGENCIA DE SI IPE  
EQUIPAMENTO 1

Pág Diagrama

ID Amost 008  
Nome Pac JOATHAN DOS SANTOS  
ID Pac V TRAUMA  
Dr.  
Anotação

RRTT R2 T8

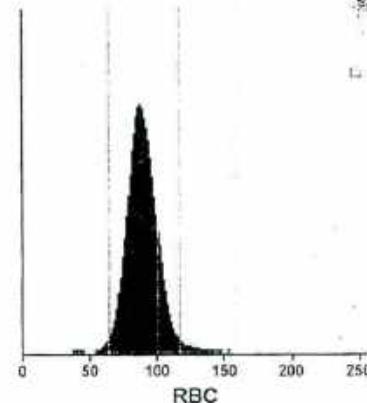
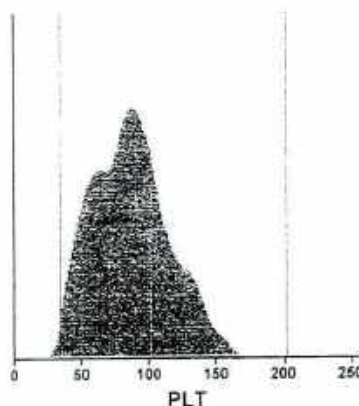
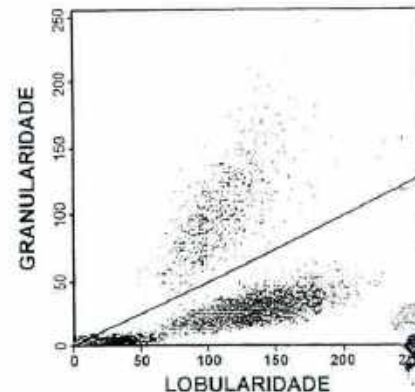
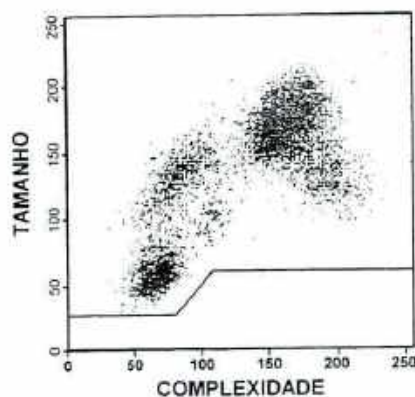
Tipo Am Patient  
DN 7/10/1998 Sex Masc  
DT/HR Coleta 3/8/2019 0:00  
Obs 1  
Obs 2

SEQ# 4135 IDOP Adm n  
Corrida 3/8/2019 9:46  
Test CBC  
Modo Fechado Param  
Limites Masc Universal

WBC 9.21 10e3/uL  
NEU 6.04 65.5 %  
LYM 1.54 16.7 %  
MONO .671 7.28 %  
EOS .859 9.33 %  
BASO .106 1.15 %

RBC 4.84 10e6/uL  
HGB 15.6 g/dL  
HCT 43.8 %  
MCV 90.4 fL  
MCH 32.3 pg  
MCHC 35.7 g/dL  
RDW 11.1 %

PLT 261. 10e3/uL  
MPV 7.23 fL



*Roberta G. da S. Carvalho*  
Biomédica  
CRM 873

DIFERENCIAL MANUAL		MORFOLOGIA HEM	
NEU	META	NORMAL	MICRO
BAND	MIELO	POLICROM	MACRO
LYM	PRO	HIPOCROM	ANISO
MONO	BLASTO	POIQ	BASOPONT
EOS	LIN VAR	ALVO	
BASO	GRANTOX	ESFERO	NRBC

NOTA	
DIF POR	DATA

LIM. REF			
WBC	3.70-10.1	RBC	4.06-5.58
NEU	1.63-6.96	HGB	12.9-15.9
LYM	1.09-2.99	HCT	37.7-53.7
MONO	.240-.790	MCV	81.1-96.0
EOS	.030-.440	MCH	27.0-31.2
BASO	0.00-.080	MCHC	31.8-35.4
		RDW	11.5-14.5

#### INTERPRETAÇÃO

-----LEUC-----HEM-----PLT-----

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :

Eosinofilia Hiperchromia  
Basofilia



Resultados por amostra

s/n: 518-0000528

ver: 2.0.0.166

	Medir	Interpolado	Relação	INR	Comentários
DG-APTTsynth	33.6 s		1.05 r		FI
DG-PT	15.8 s	84.7 %	1.10 r	1.11 INR	(B) FI

Shella Christine S. F. de 10/23  
 Biomédica  
 CRBM - 0900

\* Amostra identificada manualmente (-ID)  
 (A) Produto identificado manualmente  
 (B) Curva de calibração editada manualmente  
 (P) Produto vendido  
 (Q) Resultado revisado sem usar qualquer  
 (C) Erro de CV  
 (D) Duplicado  
 (R) Repetição  
 (I) Há aviso  
 (') Resultado fora do intervalo de normalidade  
 (#) Teste não validados  
 CN Cancelado  
 PE Pendente  
 PR Em andamento  
 FI Concluído  
 RV Revisado  
 EX Exportado





Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 05/08/2019  
Hora: 17:28

## Laboratório

Atendimento 1108685  
Nome JOATHAN DOS SANTOS  
Tp. Atend Urgência  
Endereço CABECA DANTAS  
Cidade  
Sexo: Masculino

Data 04/08/2019 15:11  
Convênio Sus  
M.d.Sol:  
Bairro:  
Telefone: 999629413/999512337  
Idade: 20 anos

## TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material: Plasma Citratado  
Método: Coagulométrico

Tempo de Tromboplastina (TTPA)

35,5 Segundos

Referência  
30 a 40 seg.

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos  
Biomédica  
CRBM 0948

Anne Regina P.C. Carvalho  
Biomédica  
CRBM 0776

Marina Lira Santana  
Biomédica  
CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento  
Biomédico  
CRBM 2795

Jaqueline Lúcia dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo  
Júnior  
Biomédico  
CRBM 7909





Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 05/08/2019  
Hora: 17:28

## Laboratório

Atendimento: 1108685  
 Nome: JOATHAN DOS SANTOS  
 Tp. Atend: Urgência  
 Endereço: CABECA DANTAS  
 Cidade:  
 Sexo: Masculino

Data: 04/08/2019 15:11  
 Convênio: Sus  
 M+I.Sol:  
 Bairro:  
 Telefone: 999629413/999512337  
 Idade: 20 anos

## TEMPO DE PROTOMBINA

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material: Plasma  
 Método: Automatizado

TEMPO DE PROTOMBINA .....: 15,3  
 PROTOMBINA (ATIVIDADE) .....: 64,8  
 INR .....: 1,24

## Referência

10,0 a 14,0  
 70 a 100%  
 0,81 a 1,13

## VALORES DE INR RECOMENDADOS PARA O CONTROLE DA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL:

INDICAÇÃO	: INR
Profilaxia de Trombose Venosa em pacientes cirúrgicos	:
de alto risco	: 2,0 - 3,0
Prevenção de Trombose venosa profunda	: 2,0 - 3,0
Prevenção de Tromboembolismo	: 2,0 - 3,0
Prevenção de recorrência do embolismo, ou tratamento de:	:
pacientes portadores de válvulas cardíacas mecânicas.	: 3,0 - 4,5

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
 Biomédica  
 CRBM 1936

Edna Cristina Souza Santos  
 Biomédica  
 CRBM 0948

Anne Regina P.C. Carvalho  
 Biomédica  
 CRBM 0776

Marina Lira Santana  
 Biomédica  
 CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida  
 Biomédica  
 CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento  
 Biomédico  
 CRBM 2795

Jaqueline Lícia dos Santos  
 Biomédica  
 CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo  
 Júnior  
 Biomédico  
 CRBM 7909





## Laboratório

Atendimento 1108685  
Nome JOATHAN DOS SANTOS  
Tp. Atend Urgência  
Endereço CABECA DANTAS  
Cidade  
Sexo: Masculino

Data 04/08/2019 15:11  
Convênio Sus  
Med. Sol:  
Bairro:  
Telefone: 999629413/999512337  
Idade: 20 anos

## HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material: Sangue Total  
Método: Automatizado

## ERITROGRAMA

A) Eritrócitos .....

5,04 milh./mm<sup>3</sup>

B) Hemoglobina .....

15,9 g/dl

C) Hematócritos .....

47,4 %

## ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M. ....

94,05 fl

B) H.C.M. ....

31,55 pg

C) C.H.C.M. ....

33,54 g/dl

D) R.D.W. ....

13,5 %

## LEUCOGRAMA

A) Leucócitos (global) .....

7.000 /mm<sup>3</sup>

B) Contagem diferencial .....

% ..... /mm<sup>3</sup>

Segmentados .....

52,1% 3647,0

Eosinófilos .....

21,7% 1519,0

Basófilos .....

01,1% 77,0

Linfócitos .....

16,1% 1127,0

Monócitos .....

09,0% 630,0

## PLAQUETAS

Valor Encontrado .....

255.000 /mm<sup>3</sup>

## Referência

Homem Mulher

4,0 - 5,5 4,0 - 5,0

Homem Mulher

13,0 - 17,0 12,0 - 16,0

Homem Mulher

40 - 50 35 - 47

82 - 95

26 - 34

30 - 35

10 - 15

5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>

40 a 70 1.600 a 7.300

01 a 04 50 a 400

00 a 02 00 a 200

20 a 50 1000 a 5000

03 a 10 150 a 1000

150.000 a 400.000/mm<sup>3</sup>

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CRBM 1986

Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CRBM 2860

Edna Cristina Souza Santos  
Biomédica  
CRBM 0948

Diego Mascarenhas Nascimento  
Biomédico  
CRBM 2795

Anne Regina P.C. Carvalho  
Biomédica  
CRBM 0776

Jaqueline Lúcia dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2875

Marina Lira Santana  
Biomédica  
CRBM II - 1939

Railton Rocha de Araújo  
Júnior  
Biomédico  
CRBM 7909





## Laboratório

Atendimento 1108685  
 Nome JOATHAN DOS SANTOS  
 Tp. Atend Urgência  
 Endereço CABECA DANTAS  
 Cidade  
 Sexo Masculino

Data 04/08/2019 15:11  
 Convênio Sus  
 Med. Sol:  
 Zúlio:  
 Telefone: 999629413/999512337  
 Idade: 20 anos

## CREATININA

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material: Soro  
 Método: Cinético

RESULTADO .....

0,93 mg/dl

## Referência

H: 0,9 - 1,3 mg/dl  
 M: 0,6 - 1,1 mg/dl

## GLICEMIA

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material: Sangue Capilar  
 Método: Glicosímetro

Resultado .....

91 mg/dl

## Referência

60 a 99 mg/dl

## UREIA

Data Coleta: 04/08/2019 16:15

Material: Soro  
 Método: Enzimático Colorimétrico

RESULTADO .....

29 mg/dl

## Referência

Adulto: 17 - 43 mg/dl  
 Criança: 11 - 45 mg/dl

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
 Biomédica  
 CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos  
 Biomédica  
 CRBM 0946

Anne Regina P.C. Carvalho  
 Biomédica  
 CRBM 0776

Marina Lira Santana  
 Biomédica  
 CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida  
 Biomédica  
 CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento  
 Biomédico  
 CRBM 2795

Jaqueline Lúcia dos Santos  
 Biomédica  
 CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo  
 Júnior  
 Biomédico  
 CRBM 7909



**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PACIENTES  
EM ATENDIMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Eu, **JOATHAN DOS SANTOS**

CPF: **07275876507** RG: **25762710**

Residente e domiciliado no endereço: **POVOADO CABEÇA DANTAS Nº78. BOQUIM-SE**

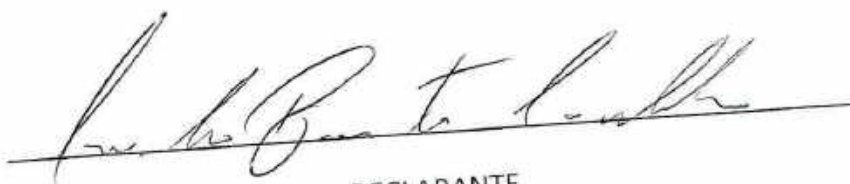
DECLARO estar ciente que o atendimento no HOSPITAL DE CIRURGIA é custeado pelo SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) e que nenhum valor será cobrado ou devido para a realização de qualquer exame ou procedimento porventura necessário ao tratamento do paciente enquanto estiver internado.

DECLARO ainda estar ciente que não existe a possibilidade de antecipação de procedimentos mediante pagamento de quaisquer valores e que oferecer dinheiro ou aceitar a oferta de pagamento por funcionários ou terceiros em nome do Hospital para desviar o fluxo de atendimento do SUS pode ser caracterizado conduta ilícita passível de responsabilização criminal.

São freqüentes as ofertas de golpistas que rondam os hospitais públicos e abordam familiares de pacientes internados alegando a necessidade do pagamento de valores em nome da Instituição, o que não é tolerado pelo Hospital de Cirurgia em nenhuma hipótese, por mais grave que seja a situação do paciente.

Se algo parecido acontecer, registre sua denúncia junto a Ouvidoria do Hospital, pessoalmente ou através do telefone (79)98162-4814.

Aracaju, 04 de Agosto 2019



DECLARANTE





**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PACIENTES  
EM ATENDIMENTO DO HOSPITAL DE CIRURGIA**

Eu, **JOATHAN DOS SANTOS**

CPF: **07275876507** RG: **25762710**

Residente e domiciliado no endereço: **POVOADO CABEÇA DANTAS Nº78. BOQUIM-SE**

Declaro, para os devidos fins, sob as penas da lei, estar ciente da proibição de produção e/ou veiculação de fotos e /ou filmagem de quaisquer áreas do Hospital Cirurgia, bem como dos pacientes internos, funcionários e demais colaboradores.

A reprodução e/ou divulgação de fotos e/ou imagens sem autorização enseja responsabilidade civil e criminal, nos termos do art. 5º, inciso X, da Constituição Federal de 1988.

Aracaju, 04 de Agosto de 2019

  
DECLARANTE



		NÃO		NÃO		NÃO		NÃO	
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS									
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO: ORAL ( ) SNE ( ) NPT ( ) GTT ( )	ISOLAMENTO: SIM ( ) RESPI ( ) CONTATO ( ) NÃO ( )	INSUF RENAL: SIM/NÃO		ANTIBIÓTICOS: DIAS DE USO (Dx)		ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MRM	
NAO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO		NÃO		15	
MOTIVIDADE									
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS						
NÃO	NÃO	SIM							

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

FRATURA DIAFISE DA TIBIA D

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

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

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

Médico Solicitante

Data: 04/10/18  
Hora: 08:00

Assinatura:  
Carimbo:

Dr. Wladimir Batista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 42.30  
TEOT - 15833

NIR

Data: 04/10/18  
Hora: 08:00  
Responsável: [Assinatura]  
COREN/SE 123456

Médico do NIR

Data:  
Hora:

Assinatura:  
Carimbo:

Comentários Médico CRJ

CRL (RECEBIMENTO)

Data:  
Hora:

Responsável:

CRL (Autorização)

Data:  
Hora:

MR:

Código:

Assinatura

ATENÇÃO

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

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

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

DUSV UTI 2017. COPYRIGHT SIGAU. COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE, REDE ESTADUAL DE SAÚDE.



**GOVERNO DE SERGIPE**  
**SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU**  
**COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO**  
**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS**  
**DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E**

NOME DO PACIENTE: **JOATHAN DOS SANTOS** DATA DE ADMISSÃO: **02/08/19**  
 NOME DA MÃE: **JUCIMARIA DOS SANTOS** DATA DE NASCIMENTO: **07/10/98**  
 ENDEREÇO: **POV. CABECA DANTAS** IDADE: **20**  
 CNES: **708203643730843** PLANO DE SAÚDE: **NÃO** ESTADO: **SERGIPE**  
 NATURALIDADE: **BOQUIM-SE** MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **BOQUIM**  
 TELEFONE PARA CONTATO: **79 - 996587202** REGIÃO DE SAÚDE:

UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ☐ ÁREA AZUL ( ) ☒ ÁREA VERDE (X)  
 OUTROS:

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

**DOR EM PERNA D, APOS ACIDENTE DE MOTO HA 02 DIAS**

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

**PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO**

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

**NÃO**

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

**RX + LABORATORIO**

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

**FRATURA DIAFISE DA TIBIA D**

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

**ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP**

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLUCEMIA	UREIA	CREATININA
<b>120 x 80</b>	<b>99%</b>	<b>82</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>0.90</b>
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: SIM ( ) NÃO ( )	SECRETIVO: SIM ( ) NÃO ( )	INTUBADO: SIM ( ) NÃO ( )	COLAR CERVICAL: SIM ( ) NÃO ( )



## EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

04/08/19

NOME: **JOATHAN DOS SANTOS**

ALA: **VERDE TRAUMA 1** LEITO: **CORREDOR** GÊNERO: **MASCULINO** IDADE: **20**

DIAGNÓSTICOS: **FRATURA DIAFISE DE TIBIA D**

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Paciente admitido em primeiro, com NVD.*  
*Vol = Mantida*

*Dr. Washington Batista*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 42.0  
RFO - 15833

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

### HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO

1	Dieta VO LIVRE	
2	AVP PERVIO	S.N.
3	AAS 100MG VO APOS O ALMOÇO	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	14
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	18 24 06
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	16 08
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	14 22 06
9	CLONAZEPAM 05GTS VO A NOITE	14
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	21
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø      251 – 300 = 4U      351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U      301 – 350 = 6U      > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

*Dr. Washington Batista*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 42.0  
RFO - 15833



*Alguns*

*Px.*

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 30938  
CNS:

DATA: 02/08/2019 HORA: 19:13 USUARIO: ELMENEZES  
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOATHAN DOS SANTOS DOC...: 25762710  
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 07/10/1998 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: POVOADO CABECA DANTAS NUMERO:  
COMPLEMENTO....: 708203643730843 BAIRRO: ZONA RURAL  
MUNICIPIO.....: BOQUIM UF: SE CEP...: 49360-000  
NOME PAI/MAE...: JOSE AGNALDO DOS SANTOS /JUCIMARIA DOS SANTOS  
RESPONSAVEL....: A MAE/SAMU TEL...: 79-99658-7  
PROCEDENCIA....: BOQUIM-SE 202  
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Relembro acidente de moto (queda) em uso de capacete - lesões por escoriações no tórax. ECG-15 Normal. Feridas e golpes sem alterações. Não há urina em exame de urina.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Agitação de depressão* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1. Pregabal 150mg PO. B35*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANATOPATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO

*Px de perna D e perna 2P*





Fruto de Jeseu  
+ ile D. Richards

- Talo Grew podalito

- Intimo p/ No ceryeo  
elctro

Dr. Fabian Rojas Ferraz  
Calle 9 y Francisco  
Calle SE 2071  
Municipio de 3807





GOV. DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



PRONTO SOCORRO ADULTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUSE

Nome: Joatã Lander Santos Idade: 20 Data: 02/08/19

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
02		① Dextro leme	3. N. D.
08		② Soro R. Lactato 500ml 8/8	500 - 500 - 500
10		③ Desirono 2ml 6/6	FF
		④ Proferid 100mg 12/12	FF
		⑤ Tram 100mg 8/8	FF
		⑥ Omaprozol 40mg 1x/dia	FF
		⑦ Cuidados gerais	
		⑧ Soro Vit 6/6	24 de 12 18

Dr. Edson Roberto Figueiredo  
Osteodonto - Fonoaudiólogo  
CRM 4771  
R. ... 2201





## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

**PRONTO SOCORRO ADULTO**

Página nº 1

Nome do Paciente:

Joachim des Sarts

Idade: 20

Sexo: M

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
		# Feituro Disfunção Tálus (15)
		Vitória de acidente motorizado que resultou em trauma pessoal direito.
		At: Feituro disfuncionamento Tálus (15)
		Ch: Intenso e saliente Pre Op
		<div style="text-align: right;"> <p>Dr. Roberto F. de S. Almeida Ortopedia e Traumatologia CRM - SP 4874 R. ... 232</p> </div>







4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

02/08/2015. 1<sup>a</sup> Atividade no (CC) e do Sme.  
2<sup>a</sup> Atividade no (Hse)

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- [illegible]

6 - Alta definitiva do tratamento:

7 - Data do Exame do Paciente

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico		Renato Teixeira		Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço		Número	Cidade	Estado			
Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas		598	Aracaju	Sergipe			

**Atenção:** As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

Renato Teixeira CRM 1451  
Ortopedia - Traumatologia

10.06.2020  
Data

*Assinatura e Carimbo*







# RECIBO

Nº

VALOR

Recebi (emos) de

JOATHAN DOS SANTOS

a quantia de

Cem reais

Correspondente a

CONSULTA ORTOPEDICA

e para clareza firmo (amos) o presente.

ALACAJU

01 de Junho de 2020

Assinatura

p. 80

Nome

Consultorio ORTOPEDICO

CPF/RG

072 758 76507  
2576 276-0Renato Teófilo CM 1150  
Ortopedia - Traumatologia





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM  
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

30/10/2020

**MOVIMENTO:**

Ato Ordinatório

**DESCRIÇÃO:**

De acordo com a Portaria nº 002/2017, desde Juízo, intime-se o Bel. ELTON SOARES DIAS - OAB/SE nº 10289, para no prazo de (05) cinco dias, juntar aos autos a guia de custas iniciais, independente do pedido de gratuidade judiciária, cientifico-lhe que o descumprimento acarretará a extinção do processo e cancelamento da distribuição por decisão judicial.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM  
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

13/11/2020

**MOVIMENTO:**

Decurso de Prazo

**DESCRIÇÃO:**

Decorreu o prazo sem manifestação.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM  
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

13/11/2020

**MOVIMENTO:**

Conclusão

**DESCRIÇÃO:**

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

**LOCALIZAÇÃO:**

Juiz

**PUBLICAÇÃO:**

Não





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM**  
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

16/11/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: ELTON SOARES DIAS - 10289}

**LOCALIZAÇÃO:**

Juiz

**PUBLICAÇÃO:**

Não





ELTON SOARES DIAS  
ADVOGADO

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA  
\_\_\_\_ VARA CÍVEL DE BOQUIM/SE.**

**Processo nº 202061001913**

**JOATHAN DOS SANTOS**, devidamente qualificada nos autos da **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT C/C PEDIDO DE DANO MORAL**, identificada em epígrafe, que move em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, também já qualificada, vem, por conduto de seu advogado subscritor, ante a presença de Vossa Excelência, requer a juntada das guias de custas judiciais.

**J. aos autos**

**NESTES TERMOS,**

**ESPERA DEFERIMENTO**

Aracaju, 16 de novembro de 2020.

**ELTON SOARES DIAS**  
**OAB/SE nº 10.289**



**Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe****Guia de Recolhimento****Custas - Inicial Cível****Data:** 16/11/2020**Num. Guia:** 202010601340

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73	Valor das Custas: R\$ 338.61	Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65
Taxa Judiciária: R\$ 143.25	Valor da Causa: R\$ 9550.00	
Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00	Comarca: Boquim	

**TOTAL 530,24**  
**Guia Válida 06/12/2020**

Via - Cartório

Autenticação Mecânica

**Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe****Guia de Recolhimento****Custas - Inicial Cível****Data:** 16/11/2020**Num. Guia:** 202010601340

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73	Valor das Custas: R\$ 338.61	Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65
Taxa Judiciária: R\$ 143.25	Valor da Causa: R\$ 9550.00	
Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00	Comarca: Boquim	

**TOTAL 530,24**  
**Guia Válida 06/12/2020**

Via - Parte

Autenticação Mecânica

856200000052 302401560123 020106013400 202012060341

**Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe****Guia de Recolhimento****Custas - Inicial Cível****Data:** 16/11/2020**Num. Guia:** 202010601340

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73	Valor das Custas: R\$ 338.61	Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65
Taxa Judiciária: R\$ 143.25	Valor da Causa: R\$ 9550.00	
Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00	Comarca: Boquim	

**TOTAL 530,24**  
**Guia Válida 06/12/2020**

Via - Banco

Autenticação Mecânica





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM  
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

01/12/2020

**MOVIMENTO:**

Despacho

**DESCRIÇÃO:**

Face o expresse desinteresse em audiência de conciliação, cite-se o Requerido para oferecer contestação no prazo de quinze dias. Após, com a apresentação de fatos novos, documentos ou proposta de conciliação, intime-se a requerente para réplica, também em 15 dias. Em havendo contraproposta, intime-se o Requerido para manifestar-se em cinco dias. Com as manifestações, em havendo interesse de incapaz, dê-se vistas ao Ministério Público pelo prazo de 15 dias. Não havendo incapazes, venham os autos conclusos

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim





**Poder Judiciário do Estado de Sergipe  
Boquim**

---

Nº Processo 202061001913 - Número Único: 0001912-37.2020.8.25.0009  
Autor: JOATHAN DOS SANTOS  
Réu: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

---

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Face o expresso desinteresse em audiência de conciliação, cite-se o Requerido para oferecer contestação no prazo de quinze dias.

Após, com a apresentação de fatos novos, documentos ou proposta de conciliação, intime-se a requerente para réplica, também em 15 dias.

Em havendo contraproposta, intime-se o Requerido para manifestar-se em cinco dias.

Com as manifestações, em havendo interesse de incapaz, dê-se vistas ao Ministério Público pelo prazo de 15 dias. Não havendo incapazes, venham os autos conclusos



Documento assinado eletronicamente por **ELÁDIO PACHECO MAGALHÃES, Juiz(a) de Boquim**, em 01/12/2020, às 10:53:33, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico [www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos](http://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos), mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002326293-23**.





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM  
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

03/12/2020

**MOVIMENTO:**

Citação Eletrônica

**DESCRIÇÃO:**

Citação Eletrônica enviada à Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.</br>Face o expresso desinteresse em audiência de conciliação, cite-se o Requerido para oferecer contestação no prazo de quinze dias.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não





Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM  
Pq Citricula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202061001913

**DATA:**

11/12/2020

**MOVIMENTO:**

Outras Informações

**DESCRIÇÃO:**

Citação Eletrônica do(a) Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. considerada em 11/12/2020, mediante consulta processual realizada por seu representante legal, referente ao movimento de Intimação, do dia 03/12/2020, às 14:19:11.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não