





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210126554 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEVALDO ALVES DE SANTANA **Data do acidente:** 14/11/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO DA FÍBULA A DIREITA

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 14/11/2020, FOI REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO MALÉOLO FIBULAR COM 01 PLACA, 05 PARAFUSOS CORTICAIS E 01 PARAFUSO DE FRAGMENTO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 19/11/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 02/02/2021, (INFORMADO PELO PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** Tornozelo Direito - Intenso - 75%

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/06/2021

**Conduta mantida:** Não

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210126554 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEVALDO ALVES DE SANTANA **Data do acidente:** 14/11/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM TORNOZELO DIREITO-P.9

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO+PLACA E PARAFUSOS - ALTA MÉDICA. P.9,50-52

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** - VÍTIMA COM 39 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA E DE ANESTESIA-P.50-52/EXAME DE IMAGEM-P.7,8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

---

**Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210126554**

**Vítima: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA**

**Data do Acidente: 14/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSEVALDO ALVES DE SANTANA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

**Recebedor: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 004**

**Agência: 000000018**

**Conta: 001000011033-0**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210126554**

**Vítima: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA**

**Data do Acidente: 14/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSEVALDO ALVES DE SANTANA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

**Recebedor: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 004**

**Agência: 000000018**

**Conta: 001000011033-0**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210126554 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEVALDO ALVES DE SANTANA **Data do acidente:** 14/11/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO DA FÍBULA A DIREITA

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 14/11/2020, FOI REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO MALÉOLO FIBULAR COM 01 PLACA, 05 PARAFUSOS CORTICAIS E 01 PARAFUSO DE FRAGMENTO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 19/11/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 02/02/2021, (INFORMADO PELO PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** Tornozelo Direito - Intenso - 75%

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/06/2021

**Conduta mantida:** Não

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210126554 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEVALDO ALVES DE SANTANA **Data do acidente:** 14/11/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM TORNOZELO DIREITO-P.9

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO+PLACA E PARAFUSOS - ALTA MÉDICA. P.9,50-52

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** - VÍTIMA COM 39 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA E DE ANESTESIA-P.50-52/EXAME DE IMAGEM-P.7,8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210126554 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEVALDO ALVES DE SANTANA **Data do acidente:** 14/11/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 27/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EM TORNOZELO DIREITO- HISTÓRICO I-P.9

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO+PLACA E PARAFUSOS - ALTA MÉDICA. P.1 E HISTÓRICO I-P.9,50-52

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** - VÍTIMA COM 39 ANOS.  
@ P.1 - PEDIDO DE REANÁLISE COM RELATÓRIO E DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR (P. 3-9).  
- INDENIZADO NESTE SINISTRO DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.  
AMD: 03/05/2021 // VALOR (R\$): 1.687,50  
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3210126554

Nome do(a) Examinado(a): JOSEVALDO ALVES DE SANTANA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA VER JORNIVAL SANTOS MATOS , 21, CASA, Gararu/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 24457558

Data e local do acidente: 14/11/2020 - Gararu/SE

Data e local do exame: 01/06/2021 - Aracaju/SE

Coordenadas Geográficas: latitude: -10.9129 , longitude: -37.07055

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO MALÉOLO DA FÍBULA A DIREITA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 14/11/2020, FOI REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO MALÉOLO FIBULAR COM 01 PLACA, 05 PARAFUSOS CORTICAIS E 01 PARAFUSO DE FRAGMENTO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 19/11/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 02/02/2021, (INFORMADO PELO PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

DÉFICIT FUNCIONAL SEVERO DO TORNOZELO DIREITO

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Direito - Intenso - 75%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

*Manoel Otacilio Nascimento Junior*  
Manoel Otacilio N.  
Oliveira e Assis M.  
CRM 1627  
MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM: 1627 / UF: SE.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 028-215-585-62 4 - Nome completo da vítima: Ubaldo Alves de Santanu

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Ubaldo Alves de Santanu 6 - CPF: 028-215-585-62  
7 - Profissão: Trabalhador 8 - Endereço: Rua Ver. Hermilal Santos Mate 9 - Número: 23 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Rua Rural 12 - Cidade: N. Sra. da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49830100  
15 - E-mail: mariaadeglaria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 9999389209

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECLUSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Nordeste

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0018  CONTA: 300011033   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, N. Sra. Senhora da Glória, 19/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031060/2021

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/04/2021 09:29:54 Data/Hora Fim: 19/04/2021 09:59:22

Delegado de Polícia: Eurico César Souza Nascimento

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato Início: 14/11/2020 07:30 (Hora Aproximada)

Data/Hora do Fato Fim:

## Local do Fato

Município: Gararu (SE)

Bairro: São Mateus

Logradouro: POVOADO SAO MATEUS

Complemento: PROXIO AO MERCADO DA CARNE

Tipo do Local: Zona Urbana

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA (COMUNICANTE)

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vinculo
Josevaldo Alves de Santana	Veículo	Motocicleta/Motoneta	MOTOCI, Placa: QMM1E49, Possuidor Chassi: 9C2KD0810LR063694, Núm. Motor: KD08E1L063266, Renavam: 01235839696	

## RELATO/HISTÓRICO

NARRA QUE NO DIA E HORARIO DESCRITOS VEIO A ACIDENTAR-SE COM A MOTOCICLETA ALUDIDA ENQUANTO A CONDUZIA PARA A CIDADE DE NOSSA SENHORA DA GLORIA. NARRA QUE TEVE LESÕES NO TORNOZELO DIREITO E FOI ATENDIDO NO HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA. ASSEVERA QUE NÃO É HABILITADO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR. É O RELATO.

## ASSINATURAS

Fabiano Miranda

Agente de Polícia

Matrícula 1118940

Responsável pelo Atendimento

"Ciente para os devidos fins de direito que esta (sua) responsabilidade pelas informações acima assentadas e certo que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração, que se obriga, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Jose Marcos de Oliveira Rosa

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

Jose Valdo A. de Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.215.585/62

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Jose Valdo A. de Santana

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.215.585/62 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua dos Síles</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>lota. A</u>
Bairro: <u>Síles</u>	Cidade: <u>N. Sen. da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegloria@gmail.com</u>	CEP: <u>496801000</u>	Tel.(DDD): <u>79 999389204</u>

Local e Data: N. Senhora da Glória 19/04/2021

Jose Marcos de Oliveira Rosa  
Assinatura do Declarante



Clínica de Imagem e Intervenção Médica

NOME : JOSEVALDO ALVES DE SANTANA

SOLICITANTE : Dr (a). -

CONVÊNIO : PART.

IDADE : 38 ANOS

DATA : 30/11/2020

REGISTRO : 92134

DIGITADOR: Paula J.


## LAUDO RADIOLÓGICO

### TORNOZELO D:

Controle de fratura e osteossíntese no terço distal da fíbula.  
Espaços articulares conservados.

---

**Dr. Osmário Silva Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 299



---

**Dr. Osmário Souza Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 3212

**(79) 3241-5678**

ciame.aju@gmail.com – ciame.aju.contato@gmail.com  
Rua Bahia, 864 - Bairro Siqueira Campos - Aracaju/SE


NOME : JOSEVALDO ALVES DE SANTANA  
SOLICITANTE : Dr (a) -  
CONVÊNIO : PARTICULAR  
IDADE : 38 ANOS  
DATA : 22/03/2021  
REGISTRO : 97395  
DIGITADOR: LUANE

**LAUDO RADIOLÓGICO**

**TORNOZELO DIREITO**

Controle de fratura e osteossíntese no maléolo fibular.  
Espaços articulares conservados.

**Dr. Osmário Silva Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 299



**Dr. Osmário Souza Dantas**  
Radiologista/Ultrasonografista  
CRM/SE 3212

**(79) 3241-5678**

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 453373  
CNS:

DATA: 14/11/2020 HORA: 07:30 USUARIO: MESILVA  
SETOR: 06-CONSULTA EM ORTOPEdia

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSEVALDO ALVES DE SANTANA DOC...: 2283554-7  
IDADE.....: 38 ANOS NASC: 15/04/1982 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: POVOADO SAO MATEUS NUMERO: 0  
COMPLEMENTO...: 700003781495501 BAIRRO: ZONA RURAL  
MUNICIPIO.....: GARARU UF: SE CEP...: 49830-000  
NOME PAI/MAE...: JOSE ALVES DE SANTANA /PURESA MAXIMINA DE SANTANA  
RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 79 99660-9  
PROCEDENCIA...: GARARU-SE 647  
ATENDIMENTO...: QUEDA DE ANIMAIS  
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Paciente vítima de acidente motociclistico  
apresentado ferimida de um ray. de tornozelo D  
veja entrar gessas.*

DIAGNOSTICO: *trauma tornozelo D* CID: *1*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1) Cetoprofeno 0,4 amp 900ml SFO, 9% EV  
2) Dipirone 0,1 amp  
3) Sol. Rx de tornozelo D  
4) gessas ao ortopedista*

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

*Valdino A. Santana*  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Dr. Sydney Correia Leão*

CRM-SE 4403  
Clínica Geral/Patologia

*Foi administrado o medicamento  
cetoprofeno, Dipirone*

*.07:32*

*Dr. Sydney Correia Leão*  
CRM-SE 4403  
Clínica Geral/Patologia

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

QUEIXA: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE DE ENFERMAGEM**

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

TIPO

ALERTA/ORIENTADO  LETARGICO  OBNUBILADO  TORPOROSO  COMATOSO  OUTROS

**HISTORIA PREGRESSA**

DIABETES  HIPERTENSÃO ARTERIAL  CARDIOPATIA  AVC  OUTROS: \_\_\_\_\_  
QUAIS: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS / INTOLERÂNCIA**

SIM  NÃO

**MEDICAMENTO EM USO**

SIM  NÃO

QUAIS: \_\_\_\_\_

QUAIS: \_\_\_\_\_

**SINAIS VITAIS**

Glicose mg/dl  Pressão Arterial  /  mmHG Frequência Cardíaca  bpm Temperatura  °C Frequência Respiratória  irpm Saturação de Oxigênio  % Peso  kg

RISCO:

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

**OBSERVAÇÃO:**

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

**ATENDIMENTO MÉDICO**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

# ortopedia, hêmor. de guacha de modo leve e dor em  
 abd. sup. a nível do T12, edema 2+/4+, flex. ext. c/  
 am. +, neuro. med. +, reflexo +, reflexo +, reflexo +  
 co. neg. enc. +, Rx. normal

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

Expo. edema +/4+, neuro. med. +, reflexo +, reflexo +, reflexo +

HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA  
 Radiologia - Rua ...  
 CRTR-SE: 72  
 ax - redução, flex. - talor +, flex. - talor +, flex. - talor +

REGISTRO DE ENFERMAGEM  
 animal do T12 - sup. med. +, reflexo +, reflexo +, reflexo +

interno // abd. de partes moles +, flex. - talor +, flex. - talor +, flex. - talor +

status ECO + pro CP

Regula paciente para o tempo de cirurgia (conversa com ...)

**HORÁRIO DE SAÍDA:**

Dr. Paulo Salloti

*Handwritten signature and stamp:*  
 Hospital Regional de Glória  
 Medicina e Traumatologia  
 CRTR-SE 5463



Sistema Ministério  
Único de da  
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
Hospital Regional Gov. João Alves Filho

2 - DIES  
2 | 4 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
Hospital Regional Gov. João Alves Filho

4 - DIES  
2 | 4 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
José Alves de Santana

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO  
14/11/1954

9 - SEXO

Masc  1 Fem  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE - MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

puente e inchaço de queda de membros inferiores com edema e deformidade em tornozelos.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca

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

exame clínico + RX

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Insuficiência cardíaca congestiva | I50.2 | I27.3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação de emergência

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030181011010119

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. José Roberto de Almeida

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/11/2011

*[Handwritten signature and stamp]*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO SEGURO

41 - SÉRIE

38 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

1/1



EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE

Severino Alves da Silva

ENFERMARIA

LEITO

Data/Hora

EVOLUÇÃO

14.11.2020 # ortopedia / admissão

11/2020 # lux. unim. do T22 D21

Exame físico: inspeção de aspecto de mão h-  
e/ com edema e calor em punho-  
e/ D21 = neutro, moderado  
RX - T22 - lux do T22 D21  
→ fratura reduzida momentânea  
RX controlado - T22 D21  
EF - punho 2+/4+ 3+/4+ limit. de  
mobil. flex, neutro, moderado

interna p/ elevação de punho  
miles + T22 D21  
substituído por gesso

Dr. Daniel S. Danneberg  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 5461

14.11  
2020

Encaminhado paciente para hospital  
de campo para tratamento cirúrgico  
segundo com Dr. Paulo Schlott

Hert  
Dr. Hertz T. 0366 S. J. 00007  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 4394

O.E. M280030801 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 03/2021 DATA: 01/03/2021

Num AIH: 282010072764-2 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2021 Data Autorização: 14/11/2020

Especialidade: 01 - CIRURGICO Órgão Emissor: M280030801 CRC: 980016000138321  
Doc autorizador: 19013612898000 Doc med resp: 206790614650009 Doc diretor clínico: 206790614650009 Doc médico solíc: 980016000138321  
CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS: 70000378149550-1  
Paciente: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA Prontuário: 21922020  
Data Nasc.: 15/04/1982 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo: CPF Doc: 2821558562  
Responsável pac.: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA Nome da Mãe: PURESIA MAXIMINA DE SANTANA  
Endereço: RUA VEREADOR JORNIVAL 1 Bairro: SAO MATEUS Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Município: 280240 - GARARU UF: SE CEP: 49830-000 Telefone: (79)9992-00782 Muda Proc.?: NÃO  
Procedimento solicitado: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO  
Procedimento principal: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO  
Diag. principal: S826-FRATURA DO MALEOLO LATERAL Diag. secundário:  
Complementar: Causa Óbito:  
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR  
Data internação: 14/11/2020 Data saída: 18/11/2020 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:  
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
CNPJ do Empregador: CNAER: -  
Vinculo Previdência: CBOR: -

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050497	170295856990000	226270(1)	0002283	0002283	1	11/2020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2	0408050497	980016288097379	225151(6)	3359948	3359948	1	11/2020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3	0702030724			02681701000169	02681701000169	1	11/2020	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM
4	0702030830			02681701000169	02681701000169	1	11/2020	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
5	0702030724			02681701000169	02681701000169	1	11/2020	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM
6	0302050019	980016287944507	223605	0002283	0002283	2	11/2020	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
7	0302040021	980016293797847	223605	0002283	0002283	2	11/2020	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

**DADOS DE OPM**

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000044356	02.681.701/0001-69		000044356		
4	000044356	02.681.701/0001-69		000044356		
5	000044356	02.681.701/0001-69		000044356		

**VALORES DA PRÉVIA**

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional			TOTAL
	Direto		Direto		Rateado	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	9,34					9,34
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	12,70					12,70
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	263,01			50,74	118,39	432,14
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		203,82				203,82
<b>Total Geral:</b>	<b>285,05</b>	<b>203,82</b>		<b>50,74</b>	<b>118,39</b>	<b>658,00</b>

**CID SECUNDÁRIO**

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

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

\*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

FBHC  
Serviço de Auditoria e Prontuários  
01/03/21  
Michelle Andrade Medeiros  
COREN - SE 646800 - ENF  
MGA

Dr<sup>a</sup> Camilla Soares Tavares  
Auditora Médica - CRM 4065

03/2021  
Pg-10

COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

**SUS** Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**CIRURGIA**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA**

2 - CNES: **0002283**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA**

4 - CNES: **0002283**

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: **JOSEVALDO ALVES DE SANTANA**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **700003781495501**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **15/04/1982**

9 - SEXO: **Masc 1 Fem. X 3**

10 - RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

11 - NOME DA MÃE: **PURESA MAXIMINA DE SANTANA**

12 - TELEFONE DE CONTATO: **999200782**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **EDNA MARIA DE SANTANA / IRMA**

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **RUA VEREADOR JORNIVAL S/N**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **GARARU**

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

18 - UF: **SE**

19 - CEP: **49830000**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Trauma em tnf7 @ há 10 dias após acidente de moto**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **TTO cirúrgico**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Rx de tnf7 @**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Rx TN7 @**

24 - CID 10 PRINCIPAL: **S52.6**

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: **V230**

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Intervenção de Tto cirúrgico**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050997**

29 - CLÍNICA: **Atorpebio**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **URGENCIA**

31 - DOCUMENTO: **( ) CNS (X) CPF**

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **15975190534**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Luciano Torres**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **14/11/2020**

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: **Luciano Torres - CRM/SE 26886 - São Médica - SE**

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES QUÍMICO-FÍSICAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA: \_\_\_\_\_

40 - Nº DO BILHETE: \_\_\_\_\_

41 - SÉRIE: \_\_\_\_\_

42 - CNPJ EMPRESA: \_\_\_\_\_

43 - CNAE DA EMPRESA: \_\_\_\_\_

44 - CBOR: \_\_\_\_\_

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO**

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_

48 - DOCUMENTO: **( ) CNS ( ) CPF**

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: **a. Ariadne F. Malta CRM/SE 26886 - São Médica - SE**

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **28201072764-2**



urgencia ortopedica &lt;urgenciaortopedicafbhc@gmail.com&gt;

**Fwd: Josevaldo Alves de Santana - Urgência ortopédica**

1 mensagem

**Núcleo internoderegulacao** <nucleointernoderegulacao@fbhc.org.br>

14 de novembro de 2020 16:42

Para: Secretarias de Alas FBHC &lt;secretariasdealas@fbhc.org.br&gt;, urgencia ortopedica &lt;urgenciaortopedicafbhc@gmail.com&gt;

----- Mensagem encaminhada -----

De: **CRL CRE** <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>

Data: sáb, 14 de nov de 2020 às 16:42

Assunto: Re: Josevaldo Alves de Santana - Urgência ortopédica

Para: Núcleo internoderegulacao &lt;nucleointernoderegulacao@fbhc.org.br&gt;

Boa tarde!

Segue código autorizativo em nome do usuário JOSEVALDO ALVES DE SANTANA para ocupação do leito 17 da ala D.

RL1411HCD17GA6

Atenciosamente  
Genikele Alves

Em sáb, 14 de nov de 2020 às 16:32, Núcleo internoderegulacao <nucleointernoderegulacao@fbhc.org.br> escreveu:

Solicito liberação do leito 17 da ala D. Paciente encontra-se na urgência ortopédica

14/11/2020 16:55

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

<b>Paciente</b> 2058 - JOSEVALDO ALVES DE SANTANA		<b>CPF</b> 028.215.585-62	<b>Número Arquivo</b> 1 / 2046	<b>Nascimento</b> 15/04/1982		
<b>Residência</b> RUA VERIADOR JORNIVAL, 1		<b>Bairro</b> SAO MATEUS				
<b>Cidade</b> GARARU	<b>UF</b> SE	<b>CEP</b> 49830000	<b>País (do endereço)</b>	<b>Estado Civil</b>		
<b>Naturalidade</b>		<b>UF</b>	<b>Nacionalidade</b> BRASIL	<b>Escolaridade</b>		
<b>Telefone</b> (79)999200782	<b>Tipo Docto</b> CPF	<b>Núm. Documento</b> 02821558562	<b>Emissor</b>	<b>CNS</b> 700003781495501	<b>Pré-Natal</b>	
<b>Data Internação</b> 14/11/2020 16:45:39	<b>Idade</b> 38 a 6 m 29 d	<b>Sexo</b> M	<b>Cor</b> PARDA	<b>N.Filhos</b>	<b>Religião</b>	<b>Profissão</b>
<b>Nome Pai</b> JOSE ALVES DE SANTANA		<b>Nome Mãe</b> PURESA MAXIMINA DE SANTANA				
<b>Responsável</b> JOSEVALDO ALVES DE SANTANA	<b>Grau Parentesco</b>	<b>Endereço</b>		<b>Telefone</b>		
<b>Cidade</b> ARACAJU	<b>UF</b> SE	<b>Tipo de Doc. Responsável</b> CPF	<b>Número do Doc. Responsável</b> 02821558562			
<b>Número FIA</b> 1 - 2192/ 2020	<b>Unidade</b> 5 - ALA D	<b>Tipo Quarto</b> 6 - ENFERMARIA		<b>Quarto</b> 3	<b>Leito</b> D17	
<b>Convênio</b> 2-SUS	<b>Tipo Plano</b> 1-SUS	<b>Num. Carteira</b>	<b>Dt. Validade</b>	<b>Clínica</b> MED -CLINICA MEDICA		
<b>Leito Superior</b>	<b>Pagto.Diferença</b>		<b>Valor Depósito</b>			
<b>Hipótese Diagnóstica (CID)</b> S82.3 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA		<b>Diagnóstico Definitivo</b>				
<b>Médico Responsável</b> 591-LUCIANO PASSOS DE SOUZA		<b>Conselho</b> CRM 0000000086/SE		<b>Data Alta</b> _/_/		
<b>Motivo de Alta</b>						
<b>Funcionário</b>	ELAINE CRISTINA DOS SANTOS					
<b>Observações</b>						

alta  
18/11  
OK

Assinatura Paciente

Assinatura Responsável



## HOSPITAL DE CIRURGIA

PRRE007\_R - Evolução do Paciente

FIA: 2192/2020 Paciente: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA  
Nascimento: 15/04/1982 Nome da Mãe: PURESIA MAXIMINA DE SANTANA  
Convênio: SUS Categoria: SUS

Data da internação: 14/11/2020 16:45 ALA D  
Data da evolução: 15/11/2020 11:19 Usuário: HC6472

Quarto/Leito: 3 - D17

Idade na data: 38 anos 7 meses

## Evolução:

PACIENTE SEM QUEIXAS  
AO EXAME: EGB, EUPNEICA, AAA  
EXT: SEM LESOES NEUROVASCULARES, TEC<3SEG.

## Plano Terapêutico Médico

Hipótese Diagnóstica: FX - LUXAÇÃO DO TNZ D  
Investigação e Conduta: AGUARDA CIRURGIA

*Dr. Heidelberg Lins*  
Médico  
CRM SE: 6472

HEIDELBERG SIQUEIRA LINS FILHO  
CRM 6472/SE

## HOSPITAL DE CIRURGIA

PRRE007\_R - Evolução do Paciente

FIA: 2192/2020 Paciente: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA  
Nascimento: 15/04/1982 Nome da Mãe: PURESIA MAXIMINA DE SANTANA  
Convênio: SUS Categoria: SUS

Data da internação: 14/11/2020 16:45 ALA D Quarto/Leito: 3 - D17  
Data da evolução: 16/11/2020 09:36 Usuário: HC5633  
Idade na data: 38 anos 7 meses 1 dia  
Evolução:  
#SOT#

FX DO TORNOZELO DIREITO

PARTES MOLES OK. AGUARDA TTO CIRURGICO.

**Plano Terapêutico Médico**

Hipótese Diagnóstica: FX - LUXAÇÃO DO TNZ D  
Investigação e Conduta: AGUARDA CIRURGIA

**Plano Terapêutico Interdisciplinar**

ENFERMAGEM: Manter grades do leito elevadas;  
Verificar sinais vitais 6/6h;  
Administrar medicações conforme prescrição médica.

Leonardo Monteiro de Carvalho  
Médico  
CRM: 0005633

LEONARDO MONTEIRO DE CARVALHO  
CRM 5633 / SE

NOME COMPLETO: Josevaldo ALUG de S. Costa		
DATA DE NASCIMENTO: 15/9/82	LEITO:	REGISTRO:

DIAGNÓSTICOS

CONDIÇÕES

Evoluções dos médicos assistentes, intervenções dos médicos consultores chamados a apoiar a assistência,  
 dos médicos plantonistas nas intercorrências e dos médicos residentes e internistas nas intervenções supervisionadas.

23/11/20  
 Pós-operatório imediato  
 de Hx de Myx de Fx do  
 9.17.0.

Leonardo Monteiro de Carvalho  
 CRM: 2033





**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

UNIDADE CIRÚRGICA  
**Josevel Alves de Santana**  
DATA DE NASCIMENTO: 11/11/1950  
REGISTRO: 5786

MEDICAMENTO OU DUIDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES	3ª TURNO (19:00 - 07:00h)	2ª TURNO (07:00 - 13:00h)	1ª TURNO (13:00 - 19:00h)
	<b>Dieta Líquida</b>						
	<b>SP 0,9% 500ml EV, 12U2</b>						
Medicamentos Injetáveis	Cefalotina 1g	Via EV DIRETO	Reconstituir em 10 ml de Água Destilada e infundir em 3 a 30min. (Frequência 6/8h)		SND		
Medicamentos Injetáveis	Encapsulada 40 mg (Seringa Preschlova)	Via Subcutânea	(Frequência 2/7/4h) MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA		500		500
Medicamentos Injetáveis	Omeprazol 40mg	Via EV DIRETO	Reconstituir com seu próprio diluente e infundir em 3min. (Frequência 2/7/4h)				
Medicamentos Injetáveis	Dipirona 500mg/ml (Ampola de 2ml)	Via EV DIRETO	Diluir em 10ml de Água Destilada e Infundir entre 2 a 3 min. (Frequência 6/8h)				
Medicamentos Injetáveis	Framadol 100mg/ml (Ampola de 1 ml)	Via EV INJEÇÃO	Diluir em 100ml de Soro Fisiológico 0,9% e Infundir em 30min. (Frequência 08/18h)				
Medicamentos Injetáveis	Entropileno 100mg	Via EV INJEÇÃO	Reconstituir em 5ml de Soro Fisiológico 0,9%. Dilar em 100ml de Soro Fisiológico 0,9% e infundir em 20min. (Frequência 12/12h)		SOS		
SOS	Metildouramicina 5mg/ml (Ampola de 2ml)	Via EV DIRETO	diluído em 10ml de água destilada, infundir em 3min. (Frequência 1/8h)				
SOS	Glicose 35% (10 ml)		Administrar 4 ampolas (40 ml) via EV lento. Se glicemia capilar <80 mg/dl.		SOS		
SOS	Captopril 25mg Comprimido	Via Oral	Se PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg		SOS		
SOS	<b>SONDA VESICAL DE ALÍMIO</b>				SOS		
Glicemia	Glicemia capilar 6/8h (06h, 12h, 18h, 24h) SE DIABÉTICO / INSULINA REGULAR COREORNE ESQUEMA: 200-250-2U1 / 253-300-2U1 / 301-350-4U1 / 351-400-8U1 / >400-10U1						
Fisioterapia	Estimular a motora e respiratória 2 vezes ao dia						
Cuidados Especiais	Sinais: Vítas e Cuidados Gerais de 6/6 h.						

Alina Siqueira de Rezende  
Enfermeira  
CRM: 271.003-ENF

Cláudia  
Enfermeira  
CRM: 6472

Dr. **Alípio Berg Lins**  
Médico  
CRM: 6472

válida dia 14, 11, 2020

até 19:50 em dia

Técnico Enfermeiro Técnico Enfermeiro

# HOSPITAL DE CIRURGIA

901012058

Página 1 de 2  
15/11/2020 11:23

## PRMV015\_R11\_A - Impressão da Prescrição Médica

Paciente: 2058 - JOSEVALDO ALVES DE SANTANA

Data Nascimento: 15/04/1982    **Peso:**

FIA: 1-2192/2020    Prescrição Nº: 2

Nr. Prontuário: 2046

Idade: 38 ano(s) 7 mes(es) e 0 dia(s)

Nome Mãe: PURESIA MAXIMINA DE SANTANA

Unidade: ALA D

Data Digitação: 15/11/2020 11:23

Convênio: SUS/SUS

Início Validade: 15/11/2020 19:00 até 16/11/2020 18:59

Quarto: 3

Médico Responsável: 591-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

Leito: D17

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### NUTRIÇÃO

1 - DIETA LIVRE

Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
------------	------	-----	-----------	------------	----------

#### MEDICAMENTO

2 - DAPIRONA 1G/2ML AMPOLA

S/N se dor

Diluição: AD 20ML

Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
------------	------	-----	-----------	------------	----------

1    AMP    EV    6h/6h

3 - TRAMADOL 50MG/1ML AMPOLA

S/N se dor refratária a dipirona

Diluição: SF0,9% 50ML

1    AMP    EV    8h/8h

4 - BROMOPRIDA 10MG/2ML (AMPOLA)

S/N se náuseas ou vômitos

Diluição: SF0,9% 20ML

1    AMP    EV    8h/8h

5 - ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML SERINGA

10,00;

6 - OMEPRAZOL 40MG/10ML FRASCO AMPOLA

Diluição: AD 10ML + SF0,9% 100ML

1    FA    EV    24h/24h

#### CUIDADOS

7 - SINAIS VITAIS

6h/6h

19:00

27

01:00

04

07:00

10

13:00

8 - CUIDADOS GERAIS

6h/6h

19:00

27

01:00

04

07:00

10

13:00

### LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO <i>2192</i>		
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA			CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06		
NOME DO(A) PACIENTE <i>Antonio A. de Souza</i>			DATA DO NASCIMENTO			
NOME DA MÃE			SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>			
ENDEREÇO COMPLETO			MUNICÍPIO EM QUE RESIDE			
DATA DE INTERNAÇÃO	HORA DE INTERNAÇÃO Hs. M/n.	CARÁTER <input type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO	ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE

#### TIPO DE SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE			
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2	QTDE
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4	QTDE
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS				
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5		
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5		
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE				
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>José Leopoldo Leite</i> Ortopedia e Traumatologia Rua ... CRM 1828		DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)		DATA DA SOLICITAÇÃO	

#### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO <i>01 pla de perfuração de 2</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES			
TRATAMENTO			
PROCEDIMENTO AUTORIZADO			
DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO			
AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MOTIVO DA REJEIÇÃO	
DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO			
MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)

NOME COMPLETO:

*Josevaldo Alves de Souto*

DATA DE NASCIMENTO:

*18/04/82*

LEITO:

REGISTRO:

*1.2492/2020*

**RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS**

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

CIRURGIÃO: *DR. Josevaldo*

ENFERMEIRO: *Josely + Alessandra*

ANESTESIOLOGISTA: *Pr. Tereza*

CIRCULANTE DE SALA: *Fabiana*

INSTRUMENTADOR: *Uesley*

DATA: *12/11/2020*

SALA CIRÚRGICA: *04*

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO:

<p>PROFESSOR RESPONSÁVEL: <i>55912</i></p> <p>ADRE: <i>54</i></p> <p>DATA DE ESTERILIZAÇÃO: <i>16/11/20</i></p> <p>ILUSTRAÇÃO: <i>2</i></p> <p>LOTE: <i>01/232</i></p> <p>QTD. DE PEÇAS: <i>1</i></p>	<p>TIPO 5 (STEAM) ISO 11140-1</p> <p>1 REJEITAR (CIBIO) ACEITAR</p>
<p>Material: <i>1A/20</i></p> <p>de Peças: <i>236</i></p> <p>Item: <i>236</i></p> <p>Validade: <i>15/11/20</i> a <i>23/11/20</i></p> <p>Nº de esterilização: <i>327</i></p> <p>Autoclave: <i>07</i></p> <p>Profissional: <i>07</i></p>	<p>TIPO 5 (STEAM) ISO 11140-1</p> <p>1 REJEITAR (CIBIO) ACEITAR</p>
<p>Material: <i>1A/20</i></p> <p>de Peças: <i>236</i></p> <p>Item: <i>236</i></p> <p>Validade: <i>15/11/20</i> a <i>23/11/20</i></p> <p>Nº de esterilização: <i>327</i></p> <p>Autoclave: <i>07</i></p> <p>Profissional: <i>07</i></p>	<p>TIPO 5 (STEAM) ISO 11140-1</p> <p>1 REJEITAR (CIBIO) ACEITAR</p>
<p>Material: <i>1A/20</i></p> <p>de Peças: <i>236</i></p> <p>Item: <i>236</i></p> <p>Validade: <i>15/11/20</i> a <i>23/11/20</i></p> <p>Nº de esterilização: <i>327</i></p> <p>Autoclave: <i>07</i></p> <p>Profissional: <i>07</i></p>	<p>TIPO 5 (STEAM) ISO 11140-1</p> <p>1 REJEITAR (CIBIO) ACEITAR</p>





**HOSPITAL CIRURGIA**  
**FICHA DE ANESTESIA**

NOME COMPLETO: Josévaldo Alves de Santana  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

SEXO:  MASCULINO  FEMININO SALA OPERATÓRIA: 04 DATA DA CIRURGIA: 17/11/20  
 IDADE: 38 COR: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO: Leopoldo ANESTESIOLOGISTA: Penelope Cruz  
 1ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de tornozelo  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo  
 CIRURGIA PROPOSTA: Osteossíntese de tornozelo  
 CIRURGIA REALIZADA: A proposta CÓDIGO CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_  
 PRÉ-MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ RESULTADO  1  2  3  4  5  6  
 INÍCIO DA ANESTESIA INÍCIO DA OPERAÇÃO ALT DA ANESTESIA RISCO OPERATÓRIO ESTADO FÍSICO  
13 : 30 13 : 45 : \_\_\_\_\_  1  2  3  4  1  2  3  4  5  6  7

O <sub>2</sub>																				
SpO <sub>2</sub>																				

MONITOR ECG  OXÍMETRO PULSO  CAPNÓGRAFO  SPAM NÃO INVASIVA  VENTILADOR

FLUIDOS: SEL 500 500

		DROGAS	CONC.	QNT.
ANOTAÇÕES	200	Morfina 92	1	
	180	Propofol	1	
	160	Cefazolin	2	
	140	Propofol	1	
	120	Decadron	1	
	100	Dipirona	2	
	85	Nausecha	1	
	67	hidrogel	1	
	45			
	23			

AGENTES ANESTÉSICOS: Raque e ag. 25 s/ intenc.

TECNICA: \_\_\_\_\_  
 INDUÇÃO: \_\_\_\_\_ POSIÇÃO: sent. LOCAL DA PUNÇÃO: L3/4 LÍQUIDO RETIRADO: \_\_\_\_\_  
 TECNICA: \_\_\_\_\_ POSIÇÃO APÓS: \_\_\_\_\_ POSIÇÃO OPERATÓRIA: DDH RESULTADO B.R.M.: \_\_\_\_\_  
 DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CONSCIÊNCIA: \_\_\_\_\_  
 PÓS-OPERATÓRIO:  UTI  SRPA DESTINO DA SRPA:  LEITO  ALTA HOSPITALAR CONDIÇÕES: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

Penelope Carralho de Azevedo  
Anestesiologista  
CRM-SE 147387/4x66  
ANESTESISTA

## HOSPITAL DE CIRURGIA

PRRE007\_R - Evolução do Paciente

FIA: 2192/2020 Paciente: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA  
 Nascimento: 15/04/1982 Nome da Mãe: PURESIA MAXIMINA DE SANTANA  
 Convênio: SUS Categoria: SUS

Data da internação: 14/11/2020 16:45 ALA D  
 Data da evolução: 18/11/2020 10:02 Usuário: HC091100

Quarto/Leito: 3 - D17

Idade na data: 38 anos 7 meses 3 dias

Evolução:  
 FISIOTERAPIA ENFERMARIA (09:00) UNIAGES

Diagnóstico clínico:  
 FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

IMS: 3

Perfil: Cirurgico

Sinais Vitais

FC: 74 bpm  
 SPO2: 99%  
 PA: 120/80 mmhg  
 FR: 20 irpm

Diagnóstico Cinético Funcional:

Respiratório: Limitação traduzida por alteração de carga elástica de parede torácica secundária à hipoatividade em leito, sem impacto na oxigenação com provável alteração em volumes e capacidades pulmonares.  
 Motor: Limitação funcional traduzida por redução da mobilidade secundária ao quadro clínico atual, sem impacto em marcha e com impacto nas AVD's.

Impressão Diagnóstica: Paciente eupneico, AAA, sem sinais de desconforto respiratório, em VE por via aerea funcional sem suporte de O2, boa mobilidade no leito, consciente e orientado.

Ausculta Pulmonar: MV+ em AHTx s/RA.

Quadro Motor:

Atual: Deambula.

Descrição das Condutas:

- Monitorização cardiorrespiratória
- Exercícios respiratórios associada a elevação dos MMSS
- Mobilização dos dedos do pé
- Sedestação no leito
- Movimentação ativa de flexão de joelho e quadril
- Posicionamento funcional no leito.

Pós condutas: Segue estável aos cuidados da equipe.

Meta Terapêutica: Prevenir complicações motoras e respiratórias.

REALIZADA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA

Acadêmico: David Carvalho souza

Preceptora: Natali Aragão

*Isabella Fontes - Crefito 155786/SE*

IZABELLA FONTES DOS REIS ANDRADE  
 CREFITO 155786 / SE

## HOSPITAL DE CIRURGIA

PRRE007\_R - Evolução do Paciente

FIA: 2192/2020

Paciente: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA

Nascimento: 15/04/1982

Nome da Mãe: PURESIA MAXIMINA DE SANTANA

Convênio: SUS

Categoria: SUS

Data da internação: 14/11/2020 16:45

ALA D

Quarto/Leito: 3 - D17

Data da evolução: 16/11/2020 01:26

Usuário: HC595392

## Evolução:

Idade na data: 38 anos 7 meses 1 dia

No leito, consciente, orientado, verbalizando, ventilação espontânea sem suporte de oxigênio, em decúbito dorsal. Queixa-se de dor no membro imobilizado, sendo necessário trocar ataduras para liberar a pressão. Em uso de AVP em MSD 22 (15/11). Normocefálico, ausência de escoriações ou abrasões em face. Torax simétrico e expandindo bilateralmente. Abdômem plano e indolor a palpação. Membros sem edemas e com boa mobilidade, exceto pela imobilização da fratura. Eliminações com regularidade SIC. Segue aos cuidados da equipe de Enfermagem.

## Plano Terapêutico Médico

Hipótese Diagnóstica: FX - LUXAÇÃO DO TNZ D

Investigação e Conduta: AGUARDA CIRURGIA

## Plano Terapêutico Interdisciplinar

ENFERMAGEM: Manter grades do leito elevadas;

Verificar sinais vitais 6/6h;

Administrar medicações conforme prescrição médica.

CIE...  
COREN-SECLEVERTON DE JESUS DA PAIXAO  
COREN 595392 / SE

**HOSPITAL DE CIRURGIA**  
PRMV040\_RA- Impressão do SAE

**Atendimento SAE:**

**Documento:** 1844 / 2020

**Data Digitação:** 17/11/20 04:12

**Status:** Aberto

**Data Encerramento:**

**Atendimento:** 2192 / 2020 (F)

**Paciente:**

**Nome:** JOSEVALDO ALVES DE SANTANA

**Sexo:** M

**Data Nascimento:** 15/04/1982

**Prontuário:** 2046

**Nome da Mãe:** PURESIA MAXIMINA DE SANTANA

**Diagnóstico:** 120 - ANSIEDADE

**Caracterizado por:**

1333 Apreensivo

**Relacionado a:**

809 Mudança no ambiente

810 Mudança no estado de saúde

**Resultado(s) Esperado(s):**

24 Autocontrole da Ansiedade

25 Concentração

26 Enfrentamento

**Diagnóstico:** 172 - RISCO DE LESÃO

**Fatores de Risco:**

628 Biológicos (p.ex., nível de imunização da comunidade, microrganismos)

**Resultado(s) Esperado(s):**

61 Estado de Autocuidados

**Diagnóstico:** 177 - RISCO DE QUEDAS

**Intervenções de Enfermagem:**

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Tipo</b>	<b>Executante</b>	<b>Intervalo</b>
98	Administração de Medicamentos	Sugerida		
233	Apoio à Tomada de Decisão	Principal		
148	Cuidados da Pele: Tratamentos Tópicos	Sugerida		
21	Melhora do Enfrentamento	Principal		
149	Monitorização de Sinais Vitais	Sugerida		
19	Redução da Ansiedade	Principal		
12	Supervisão da Pele	Sugerida		

## HOSPITAL DE CIRURGIA

PRRE007\_R - Evolução do Paciente

---

**FIA:** 2192/2020      **Paciente:** JOSEVALDO ALVES DE SANTANA  
**Nascimento:** 15/04/1982      **Nome da Mãe:** PURESIA MAXIMINA DE SANTANA  
**Convênio:** SUS      **Categoria:** SUS

---

**Data da internação:** 14/11/2020 16:45      **ALA D**      **Quarto/Leito:** 3 - D17  
**Data da evolução:** 17/11/2020 04:12      **Usuário:** HC477347

**Evolução:****Idade na data:** 38 anos 7 meses 2 dias

No leito, consciente, orientado, verbalizando, ventilação espontânea sem suporte de oxigênio, em decúbito dorsal. Sem queixas no momento. Em uso de AVP em MSE 18 (16/11). Normocefálico, ausência de escoriações ou abrasões em face. Torax simétrico e expandindo bilateralmente. Abdômem plano e indolor a palpação. Membros sem edemas e com boa mobilidade. Eliminações com regularidade SIC. Segue aos cuidados da equipe de Enfermagem.

**Plano Terapêutico Médico**

Hipótese Diagnóstica: FX - LUXAÇÃO DO TNZ D  
Investigação e Conduta: AGUARDA CIRURGIA

**Plano Terapêutico Interdisciplinar**

ENFERMAGEM: .



---

ERICA SANTOS AZEVEDO BRAZ  
COREN 477347 / SE

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO**

NOME COMPLETO: <b>Josevaldo A. Santana</b>		
DATA DE NASCIMENTO: <b>15/04/1982</b>	LETO: <b>015</b>	REGISTRO: <b>1-2192/2020</b>

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	DATA DE ADMISSÃO: <b>1/11/2020</b>	HORA: <b>17:30</b>
---	------------------------------------	--------------------

**A - ANAMNESE**

ORIGEM: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> HUSE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <b>Hospital de U.S. Algoria</b>	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <b>Caravelas</b>
NATURALIDADE: <b>Porto de Folha</b>	Nº DE FILHOS: <b>01</b> RELIGIÃO: <b>Católica</b>
ESTADO CIVIL: <b>Casado</b>	PROFISSÃO: <b>Catolico</b>
ESCOLARIDADE: <b>Ensino fund. incompleto</b>	INTERNAMENTO RECENTE EM UTI: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
INTERNAMENTO HOSPITALAR RECENTE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	TEMPO DE INTERNAMENTO:
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ANTERIOR: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	QUAIS?
USO DE MEDICAÇÕES: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	QUAIS?

**B - QUEIXA DO PACIENTE**

ATUAL:
PREGRESSA:

**C - ANTECEDENTES FAMILIARES E/OU PESSOAIS**

HIPERTENSÃO ARTERIAL: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	DIABETES: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	SEDENTARISMO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	DEPRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
DOENÇA CARDÍACA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	DOENÇA RENAL: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	TABAGISMO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	ANSIEDADE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	DOENÇA HEPÁTICA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	ETILISMO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FOBIAS: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	OUTROS:		
NEOPLASIA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	QUAIS?		
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	QUAIS?		

**D - INDICADORES DE GRAVIDADE**

VIA AÉREA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Cânula Traqueal	VENTILAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Aporte de Oxigênio					
FC: ___ bpm	FR: ___ lprpm	PANI: ___ mmHg	Temperatura: ___ °C	Sat. de O2: ___ %	PAM: ___ mmHg	PVC: ___ mmHg
DISPOSITIVOS EM USO:						

**Escala de Morse**

HISTÓRICO DE QUEDAS: <input checked="" type="checkbox"/> 0) Não <input type="checkbox"/> (15) Sim	DISPOSITIVO ENDOVENOSO: <input type="checkbox"/> (0) Não <input checked="" type="checkbox"/> (20) Sim	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/> (0) Não <input type="checkbox"/> (15) Sim
MARCHA: <input checked="" type="checkbox"/> 0) Normal/Sem deambulação/Acamado ou Cadeira de Rodas <input type="checkbox"/> (10) Fraca <input type="checkbox"/> (20) Comprometida ou Cambaleante		
AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: <input type="checkbox"/> (0) Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> (15) Muletas, Bengala ou Andador <input type="checkbox"/> (30) Mobiliário ou Parede		
ESTADO MENTAL: <input type="checkbox"/> (0) Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação <input type="checkbox"/> (15) Superestima capacidade ou isquase limitações		

**Escala de Braden**

PERCEÇÃO SENSORIAL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	UMIDADE: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	ATIVIDADE: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
MOBILIDADE: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	FRICÇÃO E CISALHAMENTO: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

**Escala RASS**

<input type="checkbox"/> Combativo	<input type="checkbox"/> Muito Agitado	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Inquieto	<input checked="" type="checkbox"/> Alerta e calmo
<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Sedado leve	<input type="checkbox"/> Sedado moderado	<input type="checkbox"/> Sedado profundamente	<input type="checkbox"/> Coma

Escala de Coma de Glasgow: [ MRO + MRV + MRM ] =	Escala de Dor:	Escala de CAM-ICU (DELIRIUM):
--	----------------	-------------------------------

**II - DISPOSITIVOS INVASIVOS**

<input type="checkbox"/> Tubo Orotraqueal: Último: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Catéter Venoso Periférico: Último: <b>14/11/20</b>	Sonda <input type="checkbox"/> Gástrica / <input type="checkbox"/> Enteral: Último: ___/___/___
<input type="checkbox"/> Traqueostomia: Último: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Catéter Venoso Central: Último: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora: Último: ___/___/___
<input type="checkbox"/> Dreno: Último: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Outros:	Último: ___/___/___

EXAME FÍSICO

FOCO NEUROLÓGICO:

Pupilas:  Isocóricas  Anisocóricas  Míóticas  Midríóticas      Resposta Motora:  Normal  Paresia  Plegia Localização: \_\_\_\_\_

Reagência Pupilar: Reativa  DE  OD Não Reativa  DE  OD      Sensibilidade:  Normal  Paréstesia  Anestesia Localização: \_\_\_\_\_

FOCO CARDIOVASCULAR: Ausculta:

Julso:  Rítmico  Arrítmico |  Chelo  Filiforme      Pele:  Corada  Hipocorada  Cianótica      Edema:  Ausente  Presente

FOCO RESPIRATÓRIO: Ausculta:

Air ambiente:  Máscara  Catéter nasal  Tubo endotraqueal  Traqueostomia       Espirítico  Taquicênico  Bradipneico  Ortopneico  Dispneico

FOCO GASTROINTESTINAL:

Aspecto:  Plano  Glabro |  Hácido  Distendido |  Dor a palpção  Indolor      Ruídos:  Presentes  Ausentes  Diminuídos  Aumentados

ELIMINAÇÕES:

Suor:  Normal  Disúria  Foliúria  Oligúria  Anúria      Urina:  Amarelo claro  Concentrada  Colúria  Hematúria  Piúria  Félica

Defecção:  Presente  Ausente (dias: \_\_\_)      Fezes:  Normal  Endurecida  Pastosa  Líquida  Melena  Hematoquezia

APARELHO LOCOMOTOR:

Edema articular/muscular:  Ausente  Presente Local: \_\_\_\_\_      Alteração Trófica:  Ausente  Presente Local: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: Necessidade de contenção no leito:  Sim  Não      Isolamento:  Sim  Não

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS: Necessita de acompanhante:  Sim  Não       Ansiedade  Medo  Solicitante  Outros

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS: Praticante:  Sim  Não      Necessidade de auxílio espiritual:  Sim  Não

AVALIAÇÃO DO TEGUMENTO



Lesão Por Pressão			
Local	Est.	Característica	Tratamento

> CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Oriento sobre rotinas hospitalares. \_\_\_\_\_

Clínica de  
CONTENÇÃO

Imprimo e Assinatura:



# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: Yasmin de A. Santana  
 DATA DE NASCIMENTO: 15/04/83 SEXO: F IDADE: 37  
 DATA: 17/11/20 HORA: 22:00

SEXO:  Masculino  Feminino DATA DE ADMISSÃO: 17/11/20 DATA: 17/11/20 HORA: 22:00

### A - INDICADORES DE GRAVIDADE

VIA AÉREA:  Normal  Tubo endotraqueal  Cânula Traqueal VENTILAÇÃO:  Espontânea  Ventilação mecânica  Aporte de Oxigênio

FC: 100 bpm PR: 20 mmHg PANI: 120/80 mmHg Temperatura: 36 °C Sat. de O2: 98 % PAM: 90 mmHg PVC: 90 mmHg

Escala de Morse		
HISTÓRICO DE QUEDAS	MARCHA	
Não	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal/Sem diminuição/Apomado ou Cadeira de Rodas <input checked="" type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>	Fraca <input type="checkbox"/>
DISPOSITIVO ENDOVENOSO		Comprometida ou Cambaleante <input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO
Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde <input checked="" type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		Mulotas, Bengala ou Andador <input type="checkbox"/>
Não	<input checked="" type="checkbox"/>	Mobilidade na Parede <input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>	ESTADO MENTAL
		Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação <input checked="" type="checkbox"/>
		Superestima capacidade ou Esquece limitações <input type="checkbox"/>
PONTOS:		
Escala de Coma de Glasgow: [ MRO: + MRV: + MRM: ] =		
Escala de Dor (0-10):		
Escala de CAM-ICU (DELIRIUM):		

Escala de Braden			
PERCEPÇÃO SENSORIAL		NUTRIÇÃO	
Completamente alerta	1	Muito pobre	1
Muito limitada	2	Inadequada	2
Levemente limitada	3	Adequada	<input checked="" type="checkbox"/>
Nenhuma alteração	<input checked="" type="checkbox"/>	Excelente	4
MOBILIDADE		ATIVIDADE	
Completamente imobilizado	1	Acamado	1
Muito limitado	2	Restrito a cadeira	2
Levemente limitado	<input checked="" type="checkbox"/>	Caminha ocasionalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
Nenhuma limitação	4	Caminha frequentemente	4
UMIDADE		FRICÇÃO E CISALHAMENTO	
Constantemente úmida	<input checked="" type="checkbox"/>	Problema	1
Frequentemente úmida	2	Problema Potencial	2
Ocasionalmente úmida	3	Nenhum problema aparente	<input checked="" type="checkbox"/>
Raramente úmida	4		
PONTOS:			

### Escala de Agitação e Sedação de Richmond - RASS

Combetivo	Frequentemente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde	+4	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por > 10seg	-1
Muito Agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres	+3	Sedado leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por < 10seg	-2
Agitado	Movimentos não-intencionais frequentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)	+2	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador	-3
Inquieto	Anáxico, inquieto, mas não agressivo	+1	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas com movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico	-4
Alerta e calmo		0	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou físicos	-5

### B - DISPOSITIVOS INVASIVOS

Tubo Orotraqueal	Catéter Venoso Periférico:	Sonda <input type="checkbox"/> Gástrica / <input type="checkbox"/> Enteral	Dreno:
Data de Instalação: <u>17/11/20</u>	Data de Instalação: <u>17/11/20</u>	Data de Instalação: <u>17/11/20</u>	Data de Instalação: <u>17/11/20</u>
Data da Última Troca: <u>17/11/20</u>	Data da Última Troca: <u>17/11/20</u>	Data da Última Troca: <u>17/11/20</u>	Data da Última Troca: <u>17/11/20</u>
Data da Retirada: <u>17/11/20</u>	Data da Retirada: <u>17/11/20</u>	Data da Retirada: <u>17/11/20</u>	Data da Retirada: <u>17/11/20</u>
Traqueostomia	Catéter Venoso Central:	Sonda Vesical de Desobstrução	Outros:
Data de Instalação: <u>17/11/20</u>	Data de Instalação: <u>17/11/20</u>	Data de Instalação: <u>17/11/20</u>	Data de Instalação: <u>17/11/20</u>
Data da Última Troca: <u>17/11/20</u>	Data da Última Troca: <u>17/11/20</u>	Data da Última Troca: <u>17/11/20</u>	Data da Última Troca: <u>17/11/20</u>
Data da Retirada: <u>17/11/20</u>	Data da Retirada: <u>17/11/20</u>	Data da Retirada: <u>17/11/20</u>	Data da Retirada: <u>17/11/20</u>

C - EXAME FÍSICO

FOCO NEUROLÓGICO:

Pupilas:  Isocóricas  Anisocóricas  Mioticas  Midrícticas

Resposta Motora:  Normal  Paresia  Plegia Localização: \_\_\_\_\_

Reagência Pupilar: Reativa  OD  OD Não Reativa  OD  OD

Sensibilidade:  Normal  Parestesia  Anestesia Localização: \_\_\_\_\_

FOCO CARDIOVASCULAR: Ausculta:

Pulso:  Rítmico  Arritmico  Cheio  Filiforme

Pele:  Coada  Hipocorada  Cianótica

Edema:  Ausente  Presente

FOCO RESPIRATÓRIO: Ausculta:

Ambiente  Máscara  Cateter nasal  Tubo endotraqueal  Traqueostomia

Eupneico  Taquipneico  Bradipneico  Ortopneico  Dispneico

FOCO GASTROINTESTINAL:

Aspecto:  Plano  Globoso  Flácido  Distendido  Dor a palpção  Indolor

Ruidos:  presentes  ausentes  Continuidade:  Alteração: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÕES:

Estre:  Normal  Disúria  Polúria  Oligúria  Anúria

Urina:  Amarelo claro  Concentrada  Colosa  Hematuria  Muco  Pálida

Defecação:  Presente  Ausente (dias: \_\_\_\_\_)

Feces:  Normal  Enduracida  Pastosa  Líquida  Melena  Hematoqueia

APARELHO LOCOMOTOR:

Edema articular/muscular:  Ausente  Presente Local: \_\_\_\_\_

Alteração Trófica:  Aumentada  Diminuída Local: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: Necessidade de contenção no leito:  Sim  Não

Isolamento:  Sim  Não

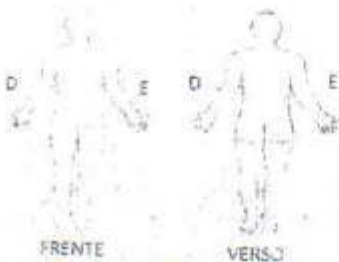
NECESSIDADES PSICO-SOCIAIS: Necessita de acompanhante:  Sim  Não

Ansiedade  Medo  Solicitante  Outros

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS: Praticante:  Sim  Não

Necessidade de auxílio espiritual:  Sim  Não

AVALIAÇÃO DO TECIDAMENTO



Lesão Por Pressão

Local	Est.	Característica	Tratamento
♀			

D - CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Paciente em PSI de fratura de tíbia  
Aguardando a conduta do ortopedista

Aline Silva de Rezende  
COREN-SE 271.033 - ENF

HOSPITAL  
**CIRURGIA**  
TRANSFERÊNCIA INTERNA

NOME COMPLETO: Jusivanda A. de Santana  
 DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1982 LEITO: 117 REGISTRO: 2342

**S**  TRANSFERÊNCIA INTERNA  TRANSFERÊNCIA EXTERNA

SETOR DE ORIGEM: Alad UNIDADE DE DESTINO: ec  
 DATA: 17/11/2020 HORA: 11:50  
 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS: PA 120x70 mmHg FC: 63 bpm FR: 17 rpm T: 36.7 °C SO<sub>2</sub>: 98 %

**B** NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:  CONSCIENTE  DESORIENTADO  SONOLENTO  TORPOROSO  COMATOSO  SEDADO  
 FADIGA RESPIRATÓRIA:  AR AMBIENTE  SUPORTE DE O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %  VENTILAÇÃO MECÂNICA  TOT  TQT  
 PACIENTE EM PROTOCOLO  NÃO  SIM QUAL: \_\_\_\_\_  
 VOZ TORÁCICA  ALERTA PACIENTE CRÍTICO  OUTRO: \_\_\_\_\_  
 GLASGOW: \_\_\_\_\_

**A** DISPOSITIVOS EM USO:

DISPOSITIVOS	DATA E SETOR EM QUE O PROCEDIMENTO FOI REALIZADO	TIPO DE CATETER/SONDA	SONDA (N°) CATETER (SÍTIO)
TOT/TQT			
CVG/CVP	<u>16/11</u>	<u>Culca</u>	<u>18</u>
ENE/SNG			
SVD			
OUTRO:			

**R** MEDICAMENTOS POR INFUSÃO CONTÍNUA:  NÃO  SIM  DROGA VASCATIVA  SEDAÇÃO  NPT  ELETRÓLITOS  
 ISOLAMENTO  SIM TIPO:  CONTATO  RESPIRATÓRIO  PRECAUÇÃO  NÃO SE APLICA  
 RISCOS CLÍNICOS AVALIADOS:  QUEDA  FLEBITE  BRONCOASPIRAÇÃO  LPP  RESPIRATORIO  NUTRICIONAL  
 ALERGIA  SIM  NÃO PULSEIRA DE RISCO:  SIM  NÃO  NA  
 EXAMES PENDENTES:  NÃO  SIM  
 QUAS:  RX  USG  ECO  TC  RM  BIÓPSIA  CATETERISMO CARDÍACO  ECG  SCAN  OUTROS: \_\_\_\_\_  
 OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: Gislana Xavier Ramos  
 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: COREN-SE 13750-ENF  
 RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 ENFERM DO SETOR DE ORIGEM: \_\_\_\_\_ ENFERM DO SETOR DE DESTINO: \_\_\_\_\_  
 CONDIÇÕES DE TRANSPORTE:  BAIXO RISCO  MÉDIO RISCO  ALTO RISCO OBS: CLASSIFICAÇÃO NO VERSO  
 INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE:  SIM  NÃO  
 EQUIPE RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE: \_\_\_\_\_



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: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA DATA DE ADMISSÃO: 14/11/2020  
NOME DA MAE: PURESIA MAXIMINA DE SANTANA DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1982  
ENDEREÇO: RUA VEREADOR JORNIVAL S/N  
CNS: 700003781495501 PLANO DE SAÚDE: SUS ESTADO/SE  
NATURALIDADE: PORTO DA FOLHA REGIÃO DE SAÚDE: SE  
TELEFONE: 999200782

UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL ( ) ÁREA VERDE ( )  
URGENCIA ORTOPEDICA

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:  
Dor em TNZ ⑤ há 1 dia

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:  
Trauma em TNZ ⑤ há 5 dias após acidente de trânsito

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:  
Nefro.

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS (ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)  
Fx - lumbos do TNZ ⑤

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)  
Necessidade de TPO cirúrgico

RESUMO DA TERAPÉUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS  
Analgésic + propretaxic + VP

PARAMÉTRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O <sub>2</sub>	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLUCEMIA	LIRÉIA	CREATININA
120x80	99%	70	13			
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O <sub>2</sub> : SIM ( ) NÃO ( )	SECRETIVO: SIM ( ) NÃO ( )	INTUBADO: SIM ( ) NÃO ( )	COLAR CERVICAL: SIM ( ) 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: DE USO (Dx)	DIAS	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MBV/MBM
N	N	ORAL	N	N	N		15

MOTILIDADE:			
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS
Sim			

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)  
 Ex - lúxas TNZ. (D)

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO  
 Melhoria de TPO cirúrgico.

**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		NIR	
Data: 14/11/2016	Assinatura: Dr. Helarberg Lima	Data:	Hora:
Carimbo: CRM/SE-8472		Responsável:	

Médico do NIR		CRL (RECEBIMENTO)	
Data:	Assinatura:	Data:	Hora:
Hora:	Carimbo:	Responsável:	

Comentários Médico CR:		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.



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Gararu - SE

Relatório Médico

Relato para o fim, que  
o Sr. Josuelo da  
Santana, apresenta a evolução  
do estado de saúde de  
em Tratamento, com  
autossucesso.

CIP 582

Dr. Wandley dos Santos  
Médico  
19/05/2021

