



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

GARARU DA COMARCA DE GARARU
Praça Rio Branco, Bairro Centro, Gararu/SE, CEP 49830000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202169000929

DATA:

31/01/2022

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20220130102700200 às 10:27 em 30/01/2022.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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
Total			0 %	R\$ 0,00

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. Nexa 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 Santana

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 Santana 6 - CPF: 028-215-585-62
 7 - Profissão: Trabalhador 8 - Endereço: Rua Ver. Hermilal Santos Mates 9 - Número: 23 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: Rua Rural 12 - Cidade: N. São da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49830-000
 15 - E-mail: marcasdegloria@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: RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: 0018 CONTA: 3000211033
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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. São Gerônimo de 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 (empresa) responsável pelas informações acima assentadas e ciente 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 ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu 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. Sen. 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

No. DO BE: 453373
CNS:

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NCME : 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: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Paciente viti ma de acidente motor ciclistico*
apresentado formidada em reg. de tornozelo D
DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *veja entrar gaxetas.*

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

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) *Cetoprofeno 0,4 amp 400ml SFO, 9% EV*
- 2) *Dipirone 0,1 amp*
- 3) *Sol Rx de tornozelo D*
- 4) *gaxetas ortopedicas*

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
Clinica Geral/Patologia

Foi administrado o medicamento
Cetoprofeno, Dipirone

*.07:32 - *Dr. Sydney Correia Leão**
CRM-SE 4403

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: _____

PROFISSÃO: _____

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

TIPO: ALERTA/ORIENTADO LETARGICO OBNUBILADO TORPOROSO COMATOSO OUTROS

HISTORIA PREGRESSA: DIABETES HIPERTENSÃO ARTERIAL CARDIOPATIA AVC OUTROS: _____

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA: SIM NÃO QUAIS: _____

MEDICAMENTO EM USO: SIM NÃO 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 hister. de queda de moto. hoje e/ com em
dox. 500 mg q 12h de tuz. edema 2+/4+, flexo-ext. c/
anti. neuro. + analg. + anti. infl. + anti. coag.
cc. 100 ml + 100 ml + 100 ml + 100 ml

HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Expo. edema +/4+, neurina, medula, tuz. 2+/4+

CRTR-SE: 72

HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

ax - redução tubo-talor + juv
aminal de tuz - suprimir
o interno p/ orden. de pulso melo + juv.
status ECG + pro CP

Regulo paciente para o tempo de cirurgia (conversa com Dr. Paulo Seltzer)

HORÁRIO DE SAÍDA: _____

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

2 - CIES: 2421542

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

4 - CIES: 2421542

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: [Handwritten name]

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO: 14/11/1960

9 - SEXO

Masculino: 1

Feminino: 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓDIGO - MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

[Handwritten text: paciente com história de queda de membro superior e dor edema e deformidade em tornozelo]

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

[Handwritten text: fratura aberta]

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

[Handwritten text: exame clínico + RX]

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24 - CID 10 PRINCIPAL: S02.6

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: T02.3

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

[Handwritten text: redução de fratura]

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

[Handwritten code: 030181011010119]

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

[Handwritten numbers: 1091918179161919-130111]

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO REGISTRO EM SEU ESTADO

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGRADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

Fundação
Hospitalar
de Saúde

INTERNAMENTO CIRÚRGICO

Nome:

Gregório Alves de Santana

Idade:

Data de Nasc.:

Prontuário:

Leito:

HD:

19 - lux de Tax 917

Data	Prescrição Médica	Aprazamento
<i>14/11/2020</i>	1 REPOUSO	
	2 DIETA	
	3 SORO	
	4 DÍPIRONA, 01 AMP + 08 ML AD, EV DE 6/6H SE DOR	
	5 CETOPROFENO, 100 MG, EV DE 12/12H	
	6 TRAMAL, 100MG + 100MLSFO,9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
	7 ONDASENTRONA, 08MG + 50MLSFO,9%, EV DE 8/8H SE NÁUSEAS E VÔMITOS	
	8 ENOXAPARINA, 40 MG, SC DE 24/24H	
	9 OMEPRAZOL, 40 MG, EV UMA VEZ AO DIA	
	10 KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H	
	11 CAPTOPRIL, 25 MG, SL SE PA > 160 X 110 MMHG	
	12 INSULINA REGULAR, SC, CONFORME HGT (HGT DE 6/6H): ≤ 200MG/DL: 0 301-350: 06 UI 201-250: 02 UI 351-400: 08 UI 251-300: 04 UI ≥ 401: 10 UI AVISAR PLANTONISTA	
	13 GLICOSE 25%, 04 AMP, EV SE HGT < 60 MG/DL. REFETIR HGT APÓS 20 MIN. SE PERSISTIR HIPOGLICEMIA, AVISAR AO MÉDICOPLANTONISTA	
	14 OXIGÊNIO SUPLEMENTAR SOB CATETER A 3L/MIN (SE SATO2 <92%)	
	15 MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 2 HORAS - PREVENÇÃO DE ÚLCERA	
	16 CABECEIRA ELEVADA 30°	
	17 SSVV E CCGG	
	18	
	19	
	20	

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:

Handwritten signature
Dr. Alexandre S. Dannemann
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-SE 5461

DADOS VITAIS - FAVOR ANOTAR NOS CAMPOS ABAIXO

Data e Hora	Glicemia Capilar	PA (mmHg)	Tax (°C)	FC (bpm)	FR (ipm)	SO2 (%)	Diurese	Assinatura
6h00								
12h00								
18h00								
22h00								

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE

Severino, José da Silva

ENFERMARIA

LEITO

Data/Hora

EVOLUÇÃO

14/11/2020 - # ortopédia / admissão

11/2020 - # lux. unim. do T22 D21

Exame físico: lesões de pele de modo ho-
moleto, sem edema e calor. Em unim.
T22 D21 - luxação completa.
RX - T22 - lux. do T22 D21.
→ estabilizada por meio de
RX controlado - T22 D21.
EF - unim. 2+/4+ - 10/lim. de
mil. de pele, nervos e vasos

interna e externa de pontos
miles - T22 D21
substituído por gesso

Dr. Dannezzari
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 5461

14.11
2020

Encaminhado paciente para hospital
de emergência para tratamento cirúrgico
segundo com Dr. Paulo Sclott

Hert
Dr. Hertz T. 0365
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 : 190136126980000 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 Doc.2821558562
 Data Nasc. : 15/04/1982 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo: CPF
 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	Terceiro	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	9,34						9,34
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	12,70						12,70
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	203,01			50,74	118,39		432,14
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		203,82					203,82
Total Geral:	285,05	203,82		50,74	118,39		658,00

CID SECUNDÁRIO

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

FBHC
Serviço de Auditoria e
Prontuários
01/03/21

Michelle Andrade Albuquerque
COREN - SE 646800 - ENF
UNAD

COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

Drª Camilla Soares Tavares
Auditora Médica - CRM 4065

COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

03/2021
Pg-10

COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

SUS Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	CIRURGI
---	---	----------------

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

10 - RAÇA/COR: Fem. X 3

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 @ no lóbio apor acidente de moto

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: HTO simplico

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 pl tto simplico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050997

29 - CLÍNICA: Atorvábis

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: [Assinatura e Carimbo]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES QUANDO OCORRER)

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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [Assinatura e Carimbo]

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



urgencia ortopedica <urgenciaortopedicafbhc@gmail.com>

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 <secretariasdealas@fbhc.org.br>, urgencia ortopedica <urgenciaortopedicafbhc@gmail.com>

----- 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 <nucleointernoderegulacao@fbhc.org.br>

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

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

alter
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 ALVES DE S. SILVA		
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 colecistite
 9.17.0.

Leonardo Monteiro de Carvalho
 CRM: 2033



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE CONSULTA
 JOSUELI ALVES DE SANTANA
 DATA DE NASCIMENTO: 13/08/56
 N.º 37 140

MEDICAMENTO OU CUIDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES	3ª TURNO (19:00 - 07:00h)	2ª TURNO (07:00 - 13:00h)	1ª TURNO (13:00 - 19:00h)
Dieto	Dieta Líquida						
Medicamentos Injetáveis	SF 0,9% 500ml EV, 12U2						
Medicamentos Injetáveis	Cefazolin 1g Via EV DIRETO - Reconstituir em 10 ml de Água Destilada e infundir em 3 a 5 minutos. Frequência 6/8h						
Medicamentos Injetáveis	Encetapina 40 mg (Seringa Prescritiva) - Via Subcutânea. (Frequência 2/24h). MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA						
Medicamentos Injetáveis	Omeprazol 40mg Via EV DIRETO - Reconstituir com seu próprio diluente e infundir em 3min. (Frequência 24/24h)						
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	Entoprilone 100mg Via EV INJEÇÃO - Reconstituir em 5ml de Soro Fisiológico 0,9%. Diluir em 100ml de Soro Fisiológico 0,9% e infundir em 20min. (Frequência 12/22h)						
SOS	Metildouramicina 5mg/ml. (Ampola de 2ml) Via EV DIRETO - diluído em 10ml de água destilada, infundir em 3min. (Frequência 1/8h)						
SOS	Glicose 25% (10 ml) - Administrar 4 ampolas (40 ml) via EV lento. Se glicemia capilar <80 mg/dl						
SOS	Captopril 25mg Comprimido - Via Oral Se PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg						
SOS	SONDA VESICAL DE ATIVO						
Glicemia	Glicemia capilar 6/8h (06h, 12h, 18h, 24h) SE DIABÉTICO / INSULINA REGULAR COREORNE ESQUEMAL 200-250; 2U1 / 253-300; 4U1 / 301-350; 6U1 / 351-400; 8U1 / >400; 10U1						
Fisioterapia	Fisioterapia Motora e respiratória 2 vezes ao dia						
Cuidados Especiais	Sinais: Vítas e Cuidados Gerais de 6/6 h.						

valida dia 14, 11, 2020 do dia 14, 11, 2020

Dr. Josueleberg Lins
 Médico
 CRM/GO: 6472

Alina Siqueira de Rezende
 Enfermeira
 COREMA

Enfermeiro Técnico Enfermeiro Técnico Enfermeiro

37 140

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

1 SER SC 24h/24h

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 36 14

8 - CUIDADOS GERAIS

6h/6h

19:00 27 01:00 04 07:00 10 13:00 36 14

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 de S. Santos</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. _____ Min. _____	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	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<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				
<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 Hospital de Cirurgia de João CRA 1828		DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)		DATA DA SOLICITAÇÃO	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO <i>01 placa de fratura de 2/3</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 Siqueira

DATA DE NASCIMENTO:

18/04/82

LEITO:

REGISTRO:

1.2492/2020

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

CIRURGIÃO: *DR. Josevaldo*

ENFERMEIRO: *Josely + Alessandra*

ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Tereza*

CIRCULANTE DE SALA: *Fabiana*

INSTRUMENTADOR: *Uesley*

DATA: *12/11/2020*

SALA CIRÚRGICA: *04*

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO:

<p><i>1555</i></p> <p><i>5512</i></p> <p><i>154</i></p> <p><i>16112</i></p> <p><i>01/04/232</i></p> <p><i>01</i></p> <p>CIRURGIA Material</p> <p>de Peças: <i>236</i></p> <p>It: <i>236</i></p> <p>ção: <i>15/11/20</i> validade: <i>23/11/20</i></p> <p>de esterilização: <i>327</i></p> <p>o: <i>07</i></p> <p>na: <i>Tuiss</i> COREN: <i>3282</i></p>	<p>TIPO 5 STEAM ISO 11140-1</p> <p>1</p> <p>REJEITAR CHIST ACEITAR</p> <p>TIPO 5 STEAM ISO 11140-1</p> <p>1</p> <p>REJEITAR CHIST ACEITAR</p>
<p>Profissional: <i>Uesley</i> COREN: <i>07</i></p>	

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: 18/11/2020 10:02

Usuário: HC091100

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.

CLEVERTON DE JESUS DA PAIXAO
COREN-SECLEVERTON DE JESUS DA PAIXAO
COREN 595392 / SE

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: PURESA 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:

Código	Descrição	Tipo	Executante	Intervalo
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: Josevaldo A. Santana		
DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1982	LETO: 0157	REGISTRO: 1-2192/2020

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

A - ANAMNESE

ORIGEM: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> MUSE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Hospital de U.S. Algoria	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caruru	
NATURALIDADE: Porto de Fella	Nº DE FILHOS: 01	RELIGIÃO: Luterano
ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Catolico	
ESCOLARIDADE: Ensino fund. incompleto	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:	INTERNAMENTO RECENTE EM UTI: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
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	TALASSISMO: <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 QUEIDAS: <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				
Pontos	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	UNIDADE: <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 CISCALHAMENTO: <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: 14/11/20	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: Anisocóricas Anisocóricas Mióticas Miométricas
 Resposta Motora: Normal Paresia Plegia Localização: _____
 Reagência Pupilar: Reativa DE OD Não Reativa DE OD
 Sensibilidade: Normal Paréstesia Anestesia Localização: _____

FOCO CARDIOVASCULAR: Ausculta:

Tubo: Rítmico Arritmico Cheio Filiforme
 Pele: Corada Hipocorada Cianótica
 Edema: Ausente Presente

FOCO RESPIRATÓRIO: Ausculta:

Ar ambiente: Máscara Catéter nasal Tubo endotraqueal Traqueostomia
 Eupneico Taquipneico Bradipneico Ortopneico Dispneico

FOCO GASTROINTESTINAL:

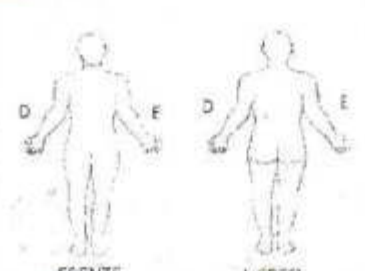
Inspeção: Plano Glabro Hérnia Distendido Dor a palpção Indolor
 Ruídos: Presentes Ausentes Diminuídos Aumentados

ELIMINAÇÕES:

Buracos: Normal Disúria Fúria Oligúria Anúria
 Urina: Amarelo claro Concentrada Colúria Hematúria Piúria Félica
 Defecação: 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 PSICOSPÍRITUAIS: Praticante: Sim Não
 Necessidade de auxílio espiritual: Sim Não

AVALIAÇÃO DO TEGUMENTO	Lesão Por Pressão			
	Local	Est.	Característica	Tratamento
				

3 - CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Orientar sobre rotinas hospitalares. _____

Clínica de
CONTENÇÃO


HOSPITAL CIRURGIA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

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

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

A - INDICADORES DE GRAVIDADE
 VIA AÉREA: Normal Tubo endotraqueal Cânula Traqueal
 VENTILAÇÃO: Espontânea Ventilação mecânica Aporte de Oxigênio
 FC: 100 bpm FR: 20 lpm PNI: 120/80 mmHg Temperatura: 36 C Sat. de O2: % PAM: mmHg PVC: mmHg

Escala de Morse	
HISTÓRICO DE QUEDAS	MARÇA
Não	<input checked="" type="checkbox"/> Normal/Sem desmiação/Apomado ou Cadeira de rodas
Sim	<input type="checkbox"/> Fraca
DISPOSITIVO ENDOVENOSO	
Não	<input type="checkbox"/> Comprometida ou Cambaleante
Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
Não	<input checked="" type="checkbox"/> Muletas, Bengala ou Andador
Sim	<input type="checkbox"/> Mobilidade Parada
ESTADO MENTAL	
Não	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação
Sim	<input type="checkbox"/> Superestima capacidade ou Esquece limitações
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 limitada	Muito pobre
Muito limitada	Inadequada
Levemente limitada	Adequada
Nenhuma alteração	Excelente
MOBILIDADE	
Completamente imobilizado	Acamado
Muito limitado	Restrito a cadeira
Levemente limitado	Caminha ocasionalmente
Nenhuma limitação	Caminha frequentemente
UMIDADE	
Consistentemente úmida	Problema
Frequentemente úmida	Problema Potencial
Ocasionalmente úmida	Nenhum problema aparente
Raramente úmida	
FRICÇÃO E CISLHAMENTO	
PONTOS:	

Escala de Agitação e Sedação de Richmond - RASS			
Combativo	Frequentemente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde	+4	Torporoso
Muito Agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres	+3	Sedado leve
Agitado	Movimentos não-intencionais frequentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)	+2	Sedado moderado
Inquieto	Anixioso, inquieto, mas não agressivo	+1	Sedado profundamente
Alerta e calmo		0	Coma

B - DISPOSITIVOS INVASIVOS			
Tubo Orotraqueal	Catéter Venoso Periférico:	Sonda <input type="checkbox"/> Gástrica / <input type="checkbox"/> Enteral	Dreno:
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>17/11/20</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>
Traqueostomia	Catéter Venoso Central:	Sonda Vesical de Desobstrução	Outros:
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>

C - EXAME FÍSICO

FOCO NEUROLÓGICO:

Reflexos: Cefálicos Anticóricos Mióticas Midrícticas

Resposta Motora: Normal Paresia Plegia Localização: _____

Reação Pupilar: Reativa SE 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 palpação Indolor

Ruídor: Presente Ausente Ondulante Murmúrio

ELIMINAÇÕES:

Corrente: Normal Disúria Polúria Oligúria Anúria

Urina: Amarelo claro Concentrada Colada Hematuria Miúda Fétida

Defecação: Presente Ausente (dias _____)

Feces: Normal Endurecida Pastosa Líquida Melena Hematoqueia

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

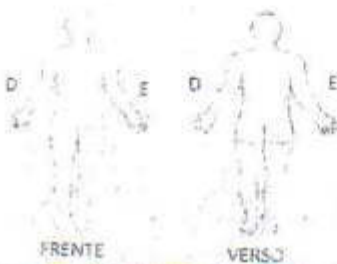
NECESSIDADES PSICO-SOCIAIS: Necessita de acompanhante: Sim Não

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:

Receita em PSI de fratura da tíbia
Aguardando a conduta do ortopedista

Aline Silva de Rezende
COREN-SE 271.033 - ENF

HOSPITAL
CIRURGIA
TRANSFERÊNCIA INTERNA

NOME COMPLETO: Juscelino A. de Santana
 DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1982 LETRO: 1017 REGISTRO: 2342

S TRANSFERÊNCIA INTERNA TRANSFERÊNCIA EXTERNA

SETOR DE ORIGEM: Ala D 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 SO₂: 98 %

B NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE DESORIENTADO SONOLENTO TORPOROSO COMATOSO SEDADO

FADIGA RESPIRATÓRIA: AR AMBIENTE SUPORTE DE O₂ _____ % 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

QUAIS: RX USG ECO TC RM BIÓPSIA CATETERISMO CARDÍACO ECG SCAN OUTROS:

OBSERVAÇÕES:

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: Gislana Xavier Ramos
COREN-SE 03750-016

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____

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 MÃE: 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 ① há 1 dia

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
 Trauma em TNZ ① 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 - lucaç do TNZ ①

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

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS
 Analgésic + proptaxic + TP

PARAMÉTRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
PRESSÃO ARTERIAL	SATURACÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA
120x80	99%	70	13			
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: 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	RESPIR RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DE USO (D) DIAS	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MBV/MSM
N	N	ORAL	N	N	N	15
MOTILIDADE:						
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS			
Sim						
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) Fx - Luxac TNZ. (D)						
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO Necessidade 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 Dr. Heitor Berg Lima Médico CRM/SE-8472					NIR	
Data: 14/11/2016	Assinatura:				Data:	Hora:
Hora:	Carimbo:				Responsável:	
Médico do NIR					CRL (RECEBIMENTO)	
Data:	Assinatura:				Data:	Hora:
Hora:	Carimbo:				Responsável:	
Comentários Médico CIR:					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. José Carlos de
Santana, apresenta a evolução
do estado de saúde de
em tratamento, para a
autossuficiência.

CID S82

Dr. Wandley dos Santos
Médico
19/05/2021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE




Josevaldo Alves de Santana

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL: 2.445.750-8 2.VIA

NOME: JOSEVALDO ALVES DE SANTANA

DATA DE EMISSÃO: 12/07/2018

RESIDÊNCIA: FARMACIA MAXIMINA DE SANTANA

NOME: JOSE ALVES DE SANTANA

DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1982

NATURALIDADE: PORTO DA FOLHA-SE

LOCAL DE NASCIMENTO: PORTO DA FOLHA-SE

DOC. ORIGINAL: CT. CASAMENTO NR. 2.151 LV 8264X FL. 103

CART. 2 OFIC. DIST. COMarca DE PORTO DA FOLHA-SE

CPF: 028.215.885-62

MINISTRO DE ESTADO DE JUSTIÇA
SECRETÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA
ASSISTENTE DO DIRETOR

LEI Nº 1.118 DE 2005