

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

**CLIENTE:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

13/09/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

321021662401

**VALOR TOTAL:**

2.362,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** TAMIRES BARRETO DOS SANTOS

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 04470

**CONTA:** 000891009284

---

---

**Número da Autenticação**

A78669D50ABDE506

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210216624

**Cidade:** Ribeirópolis

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** TAMIRES BARRETO DOS SANTOS

**Data do acidente:** 04/10/2020

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/09/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 02, 37, 39, 40, 41, 42 E 45.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210216624

**Cidade:** Ribeirópolis

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** TAMIRES BARRETO DOS SANTOS

**Data do acidente:** 04/10/2020

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/09/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 02, 37, 39, 40, 41, 42 E 45.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# Procuração

Peio presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante TAMIRES BARRETO DOS SANTOS

portador(a) do documento de identidade nº 4.109.702-5 expedido por SSP/SE em

21, 08, 2019 inscrito no CPF sob o nº 114.646.045-76 residente na

RUA: MACHADO DE ASSIS nº 511

complemento CASA Bairro CENTRO cidade

Ribeirópolis Estado SERGIPÉ

2. Outorgado JOSÉ BENEFÁCIO DE GOIS

portador(a) do documento de identidade nº 883.307 expedido por SSP/SE em

17, 08, 2016 inscrito no CPF sob o nº 336.316.205-78 residente na

RUA: JOSÉ ANTÔNIO DOS PASSOS nº 243

complemento CASA Bairro BALZA FRIA cidade

Ribeirópolis Estado SERGIPÉ

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Ribeirópolis-SERGIPÉ 19 de AGOSTO de 2021

Outorgante Tamires Barreto dos Santos

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167153/21

**Vítima:** TAMIRES BARRETO DOS SANTOS

**CPF:** 114.646.045-76

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 04/10/2020

**Titular do CPF:** TAMIRES BARRETO DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### JOSE BONIFACIO DE GOIS : 336.316.205-78

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### TAMIRES BARRETO DOS SANTOS : 114.646.045-76

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/09/2021  
Nome: JOSE BONIFACIO DE GOIS  
CPF: 336.316.205-78

JOSE BONIFACIO DE GOIS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2021  
Nome: Tamires Jalloul  
CPF: 429.394.898-82

Tamires Jalloul

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Tamires Barreto dos Santos

DATA DA ENTRADA:

24/10/2022

DATA DA SAÍDA:

06/11/2022

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO:

PS ( )

ENFERMARIA ( )

UTI ( )

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente viúva de 56 anos de idade com queixa de fraqueza de membros inferiores. Foi transferida para o Hospital de Cirurgia.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

+ Biópsia + ELB do fêmur esquerdo

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francis Vasconcelos (Am 5911)

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO ( )

TRANSFERIDO ( )

ÓBITO ( )

EVASÃO ( )

ARACAJU,

de

11

de

2022

RX + ontap.

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 191626 DATA: 04/10/2020 HORA: 20:12 USUARIO: AFLNASCIMENTO  
CNS: SETOR: 06-SUTURA

~~PAE LANÇADA~~

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : TAMIRES BARRETO DOS SANTOS DOC...: 41097025  
IDADE.....: 17 ANOS NASC: 04/01/2003 SEXO...: FEMININO  
ENDERECO.....: RUA MACHADO DE ASSIS NUMERO: 39  
COMPLEMENTO...: SEM SISTEMA BAIRRO: BAIXA FRIA  
MUNICIPIO.....: RIBEIROPOLIS UF: SE CEP...: 49130-000  
NOME PAI/MAE...: ANTONIO DOS SANTOS /VILMA DE JESUS BARRETO  
RESPONSAVEL...: TRAZIDA PELA SAMU/ A MAE TEL...: 79.9.99348  
PROCEDENCIA...: RIBEIROPOLIS-SE 464  
ATENDIMENTO...: QUEDA DE MOTOCICLETA (MOTONETAS)  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Paciente vítima de acidente de moto com suspeita de ferimentos de ferida.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Ferimentos de ferida?* CID:

PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO  
*Tramadol 50mg 3x/dia  
Rx de coxar @ AP + PERFIL  
para fins cirurgico geral  
a ortopedico*

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 [ ] FAMIL. [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO  
*Dr. Ismael Martins  
CRM 3703 (SE)  
Cirurgião Geral  
Cirurgião de Aparelho Digestivo*

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

*01/10/2011 Paracetamol / nível a qual a  
mole, apresentando - a febre. Pulso  
61. Inicialmente normal*



*Francis Vinícius  
Unidade de Traumatologia  
2011-2012*

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações): \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA: \_\_\_\_\_

FLUXOGRAMA: \_\_\_\_\_

DISCRIMINADOR: \_\_\_\_\_

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS): \_\_\_\_\_

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AMARELO
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

DESTINO / ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

ENF.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

COORDENADOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: \_\_\_\_\_ ENF.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

DISCRIMINADOR \_\_\_\_\_

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 23288  
Numero do CNS.....: 0000000000000000  
Nome.....: TAMIRES BARRETO DOS SANTOS  
Documento.....: 41097025                   Tipo :  
Data de Nascimento: 4/01/2003           Idade: 17 anos  
Sexo.....: FEMININO  
Responsavel.....: ANTONIO DOS SANTOS  
Nome da Mae.....: VILMA DE JESUS BARRETO  
Endereco.....: RUA MACHADO DE ASSIS 39 SEM SISTEMA  
Bairro.....: BAIXA FRIA                   Cep.: 49130-000  
Telefone.....: 79.9.99348464  
Município.....: 2806008 - - SE  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA           No. do BE: 191626  
Clínica.....: 035 - UPC - FEM. POS CIRURGICA  
Leito.....: 035.0015  
Data da Internacao: 05/10/2020  
Hora da Internacao: 18:01  
Medico Solicitante: 033.930.175-94 - SAMUEL BEZERRA MACHADO JUNIOR  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:  
Dt.Hr Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:









**TELEMEDICINA**

Atividade a serviço da vida

N Controle: 4628993/2020

## Laudo de Ecg

**Unidade:** Huse - Hospital de Urgência de Sergipe - Aracaju - SE

**Hora Chegada:** 08:46

**Hora Saida:** 08:59

**Paciente:** THIAGO DOS ANJOS ALMEIDA

**Idade:** 28

**Médico:** Dr. Luiz César D. Nascimento

**Data Exame:** 06/10/2020

**Registro do Traçado:** 01

**Ritmo:** Sinusal

**Frequência Cardíaca:** 50 bpm

**SÂQRS:** 50°

**Conclusão:** Eletrocardiograma normal



Dr. Luiz Cesar D. Nascimento  
Cardiologia – CRM 3445

Salvador/Bahia, 6 Outubro 2020

Assinatura Eletrônica

ME:  
VER:

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
ESPELHO DA AIH

*80*

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 11/2020

PAG: 1  
DATA: 04/11/2021

Num AIH: 282010032422-8 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 11/2020 Data Autorização: 08/10/2020

Especialidade: 01 - CIRURGICO Órgão Emissor: M280030801 CRC:

Doc autorizador: 190136128980000 Doc med resp: 206790614650009 Doc diretor clínico: 205790614650009 Doc médico solíc: 980016282474154

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS: 70050254825925-0

Paciente: TAMIRES BARRETO DOS SANTOS Prontuário: 121#0933

Data Nasc.: 04/01/2003 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo: Identidade Doc: 41097025

Responsável pac.: DANIELE DA SILVA ANDRADE Nome da Mãe: VILMA DE JESUS BARRETO

Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS 39 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 280600 - RIBEIROPOLIS UF: SE CEP: 49530-000 Telefone: (79)9993-48484 Muda Proc.?: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento principal: 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. principal: S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. secundário:

Complementar: Causa Óbito:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 06/10/2020 Data saída: 10/10/2020 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Cmp/	Descrição
1	0408050519	980016282474154	225270(1)	0002283	0002283	0002283	1	10/2020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050519	190125400140018	225151(6)	3359948	3359948	3359948	1	10/2020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030511			02681701000169	02681701000169	02681701000169	1	10/2020	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR
4	0302040021	980016293797847	223605	0002283	0002283	0002283	2	10/2020	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
5	0302050019	980016293797847	223605	0002283	0002283	0002283	2	10/2020	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0212010026			0002283	0002283	0002283	2	10/2020	EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I
7	0212010034			0002283	0002283	0002283	2	10/2020	EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II
8	0306020068	980016284836126	225340	0002283	0002283	0002283	2	10/2020	TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS
9	0802010024			0002283	0002283	0002283	4	10/2020	DIARIA DE ACOMPANHANTE

DADOS DE OPM

Linha Nota Fiscal CNPJ Fornecedor Lote Série Reg. ANVISA CNPJ Fabricante

3 000044001 02.661.701/0001-69

VALORES DA PRÉVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
02.12.01-EXAMES DO DOADOR/RECEPTOR	88,16						88,16
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	9,34						9,34
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	12,70						12,70
03.06.02-MEDICINA TRANSFUSIONAL	16,78						16,78
04.08.05-MEMBRAS INFERIORES	725,17			74,34		173,46	972,97
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		1.120,00					1.120,00
08.02.01-DIARIAS	32,00						32,00
<b>Total Geral:</b>	<b>884,15</b>	<b>1.120,00</b>		<b>74,34</b>		<b>173,46</b>	<b>2.231,95</b>

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 Nº 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 1, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

*02/2021  
19-16/11*

*[Signature]*  
Auditoria Médica - CRM 4055  
Saúde



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

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



**HOSPITAL CIRURGIA**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

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

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

2 - CNES  
**0002283**

4 - CNES  
**0002283**

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE  
**TAMIRES BARRETO DOS SANTOS**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**1210933**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
**700502548259250**

8 - DATA DE NASCIMENTO  
**04/01/2003**

9 - SEXO  
Masc.  1 Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE  
**VILMA DE JESUS BARRETO**

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
**999348464**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
**DANIELE DA SILVA ANDRADE/CUNHADA**

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
**999229114**

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
**RUA MACHADO DE ASSIS N,39 CENTRO**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**RIBEIROPOLIS**

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF  
**SE**

19 - CEP  
**495300000**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente vítima de queda de moto há 2 dias.  
Apresentando ferimento de cabeça (C)*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*lesões na cabeça*

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

*Exame físico*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
*Fratura da escápula*

24 - CID 10 PRINCIPAL  
*S71.3*

25 - CID 10 SECUNDÁRIO  
*V230*

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
*Fratura da escápula*

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
**0408050519**

29 - CLÍNICA  
*Ortopedia*

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
*VICÉJH*

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
*2201513887*

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
*Paulo Salbelle*

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
*06/10/20*

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
*Dr. Paulo Salbelle*

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

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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
*15/10/20*

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
*Dr. Ariadne F. Motta*

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
**282010032422-8**

*Dr. Ariadne F. Motta  
C.R.C. - 3686  
- Médico - SCS*

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
 AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF: SE CEP: 49075-170  
 FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: jane

-----  
 ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria  
 DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim  
 DATA: 06/10/2020 18:03:53 LEITO: F07 - Ala F  
 TIPO: Urgência  
 CONVENIO: SUS INTERNO  
 PROFISSIONAL: 4451-PAULO MÁRCIO DE CARVALHO SALOTTI

-----  
 PACIENTE

CARTÃO SUS: 700502548259250

ATENDIMENTO: 1210933

NOME: TAMIRES BARRETO DOS SANTOS Nº: 39  
 ENDERECO: RUA MACHADO DE ASSIS UF: SE CEP: 49530000  
 BAIRRO: Centro CPF 11464604576  
 CIDADE: Ribeirópolis R.G: 41097025  
 FONE: 999348464/99229114 IDADE: 17 SEXO: Feminino  
 DATA NASC.: 04/01/2003 PROFISSÃO  
 EST. CIVIL: Solteiro  
 NOME DO PAI: VILMA DE JESUS BARRETO  
 NOME DA MAE: ANTONIO DOS SANTOS

-----  
 RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: DANIELE DA SILVA ANDRADE/CUNHADA  
 ENDERECO:  
 BAIRRO: CIDADE: UF:

-----  
 DADOS COMPLEMENTARES:

CID: M84.4-Fratura patológica não classificada em outra parte  
 ORIGEM: Ribeirópolis  
 DIAS INTERNAMENTO: 4  
 PROC.SUS: 040805051-9 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Diafise Do  
 AIH.:

peior pre OK  
 Kit OK

Alta 10/10

NOME COMPLETO: TAVES BRUNO DE SAUS		
DATA DE NASCIMENTO: 04/01/03	LEITO:	REGISTRO: 1210919

PRONOME: RX FEMEA (C)

CONDIÇÕES:

Evolutiones dos médicos assistentes; intervenções dos médicos consultores chamados à aplicar a assistência, dos médicos plantonistas nas intercorrências e dos médicos residentes e internistas nas intervenções supervisionadas.

05/10/20  
ACQUIE INTERNA nos instrumentos de pronto socorro FEMEA (C) -

US= 10,5 (CAMPUS 10 JUSE)

CD. - SORTEIO DE CASOS VARIOS DE PRONTO SOCORRO  
- SORTEIO CAS

Guilherme Cunha Campos  
Osteopatia e Fisioterapia  
Cot. 1210919

Data e Hora

evolução do médico assistente, intervenção de médicos consultores chamados, apoiar e assistência, médico plantonista nas intercorrências e de médico residente e internistas nas intervenções supervisionadas

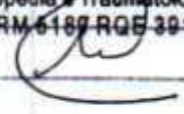
30/10/10

3º DPO de URM de Kena ☺

Presente em BEG, sem outras no momento.

Edc Ann Kochini

Dr Vinicius Sobral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5189 RQE 3911



NOME COMPLETO: TAMARA BARRATO DAS SANTAS		
DATA DE NASCIMENTO: 04.03.2003	LEITO: 07	REGISTRO: 1210933

DIAGNÓSTICOS	
CONDUTAS	

Data e Hora: registro evolutivo das demais profissões de saúde: FISIOTERAPIA, NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, ETC.

07.10.2020 07:39h

**SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

PACIENTE: Tamara Barrato das Santos  
 GEN: O+POS PRODUTO: CH  
 DOADOR: 0128200928030  
 GSRH: O+POS VOL: 292 ml  
 P. CRUZADA: NEG/SOROLOGIA NEG  
 DATA: 07.10.2020 HORA: 07:39  
 TÉCNICO: Alex + Romaneia

Tecor: 35.4°C; PA: 110x60 mmHg

07.10.2020 09:25h

**SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

PACIENTE: Tamara Barrato das Santos  
 GEN: O+POS PRODUTO: CH  
 DOADOR: 0128200925058  
 GSRH: O+POS VOL: 341 ml  
 P. CRUZADA: NEG/SOROLOGIA NEG  
 DATA: 07.10.2020 HORA: 09:25  
 TÉCNICO: Romaneia

Tecor: 36.9°C; PA: 110x70 mmHg

RX FBHG	DATA: 07.10.2020
INCIDÊNCIAS	
VSW X	

08/10/2020 **Pena Psicose** =  
 Paciente acordada, consciente, orientada, comunicativa  
 no momento, apresenta melhora da dor na região  
 do abdômen.

Realizado acolhimento mais apoio psicológico  
 OSS: Paciente com programação de alta para amanhã

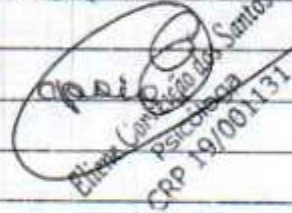
Elaine Correia dos  
 Santos  
 Psicóloga  
 CRP 19.100

RAIOS X/FBHC	DATA: 08/10/2020
EXAME/INCIDENCIAS	VISTO TÉCNICO
<i>Jemur</i>	<i>Amilton</i>

09/10/20 Para Psicologia =

Realizado atendimento psicológico no momento  
o Paciente apresenta de tontura e de náuseas, a alta  
hospitalar foi suspensa.

Realizado atendimento no

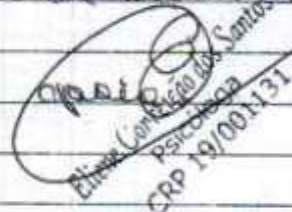


RAIOS X / FBHC	DATA: 08/10/2020
EXAME/INCIDENCIAS	VISTO TÉCNICO
Jenniffer E	Amilton

09/10/20 Para Psicologia #

Realizado atendimento psicológico no momento  
 a Paciente queixa-se de tontura e de insônia, a este  
 hospitalar foi suspensa.

Realizado atendimento no


 Elton Leonardo dos Santos  
 Psicólogo  
 CRP 19/001131

NOME COMPLETO:		
Tamires Boneto dos Santos		
DATA DE NASCIMENTO:	LEITO:	REGISTRO:
04/10/2003	F04	1210933

DIAGNÓSTICOS	
CONDUZAS	

Data e Hora registro evolutivo de enfermagem

16:00  
 09/10

Paciente encontra-se no leito, no 3º NPO, em decúbito dorsal, acordada, orientada, BEG, relatando dor em local de cirurgia. Com uso de AVP em MSE instalado no dia 08/10/2020. Realizada limpeza e troca de curativos de ferida operatória em região lateral da coxa esq., uma curativo central e quatro adferentes, com eloxidina aquosa e alcalica. Ferida operatória com presença de sangue, feito expressão. Deixado paciente em repouso. Feito cobertura com gaze algodão e simples, curativo oclusivo. Paciente deixado relatando dor em local de cirurgia. Jc. de enfermagem Maira Guimarães  
Lucas Andrade de  
 COREN-SP 446819-FN



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME COMPLETO: Thiny Mariana dos Santos  
 DATA DE NASCIMENTO: 24/01/93 LETO: 07 REGISTRO: 171012

MEDICAMENTO OU CURDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES	1º TURNO (19:00 - 07:00h)	2º TURNO (07:00 - 13:00h)	3º TURNO (13:00 - 19:00h)	Rubrica	Rubrica	Rubrica
		Dieta oral livre								
lação		Solução Fisiológica 0,9% 500 ml EV 12/12 h.								
alimentos veis										
alimentos veis										
alimentos		Omeprazol 40mg Cápsula - Via Oral (Frequência 24/24h).		MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA.						
alimentos veis		Opiroma 500mg/ml (Ampola de 2ml) Via EV DEBETO - Diluir em 10ml de Água Destilada e infundir entre 2 a 3 min. (Frequência 6/6h).								
alimentos veis		Cetoprofeno 100mg Via EV INFUÇÃO - Reconstituir em 5ml de Soro Fisiológico 0,9%. Diluir em 100ml de Soro Fisiológico 0,9% e infundir em 20min. (Frequência 12/12h).								
alimentos veis		Tramadol 100mg/ml (Ampola de 1 ml) Via EV INFUÇÃO - Diluir em 100ml de Soro fisiológico 0,9% e infundir em 30min. (Frequência 08/08h).								
		Metoclopramida 5mg/ml (Ampola de 2ml) Via EV DEBETO - diluído em 10ml de água destilada, infundir em 3min. (Frequência 08/08h).								
		Glicose 25% (10 ml) - Administrar 4 ampolas (40 ml) via EV lento. Se glicemia capilar <80 mg/dL.								
		Captopril 25mg Comprimido - Via Oral Se PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg								
		SONDA VESICAL DE ALVIO								
la		Glicemia capilar 6/6h (06h; 12h; 18h; 24h) - SE DIABÉTICO / INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA: 200-250-2UJ / 251-300-4UJ / 301-350-6UJ / 351-400-8UJ / > 400-10UJ.								
3pla		Fisioterapia respiratória 3 vezes ao dia								
0h		Sinais vitais e Cuidados gerais 6/6 h.								
12										

Válida das \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Guilherme Cláudio Campos*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 5028

DUCCENHO B Marques - OL VI GV GOM R 6014

Enfermeiro Técnico Enfermeiro Técnico Enfermeiro Técnico



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOOME COMPLETO: **TAMIRES BARRETTODOS SANTOS**  
 DATA DE NASCIMENTO: **04/01/2003** LETO: **F07** REGISTRO: **1210933**

MEDICAMENTO OU CUIDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES
Dieta	Dieta oral livre			
Hidratação	Solução Fisiológica 0,9% 500 ml EV		12/12 h.	
Medicamentos Injetáveis	Cefalotina 1 g	Via EV DIRETO	Reconstituir em 10 ml de Água Destilada e infundir em 3 a 5 min. (Frequência 06/06h)	
Medicamentos Injetáveis	Enoxaparina 40 mg (Seringa Preenchida)	Via Subcutânea	(Frequência 24/24h). MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA.	
Medicamentos Oraís	Omeprazol 40mg Cápsula	Via Oral	(Frequência 24/24h).	
Medicamentos Injetáveis	Dipirona 500mg/mL (Ampola de 2ml)	Via EV DIRETO	Diluir em 18ml de Água Destilada e infundir entre 2 a 3 min. (Frequência SOS).	
Medicamentos Injetáveis	Tramadol 100mg/mL (Ampola de 1 mL)	Via EV INFUSÃO	Diluir em 100ml de soro fisiológico 0,9% e infundir em 30min. (Frequência SOS)	
Medicamentos Injetáveis	Cetoprofeno 100mg via EV infusão	Reconstituir em 5ml de soro fisiológico 0,9%. Diluir em 100ml de soro fisiológico 0,9% e infundir em 20min. (Frequência 12/12)		
SOS	Metoclopramida 5mg/ml (Ampola de 2ml)	Via EV DIRETO	diluido em 10ml de água destilada, infundir em 3min. (Frequência 8/8h).	
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 > 180mm Hg ou PAD > 110mmHg.		
SOS	SONDIA VESICAL DE ALVIO			
Glicemia	Glicemia capilar 6/6h (06h; 12h; 18h; 24h)	- SE DIABÉTICO / INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA: 200-250- ZUI / 251-300- 4UI / 301-350- 6UI / 351-400- 8UI / > 400- 10UI		
Fisioterapia	Fisioterapia Motora e respiratória	2 vezes ao dia		
Cuidados Especiais	Sinais Vitais e Cuidados Gerais	de 6/6 h.		

valida das **19:00** de dia **08/10/20**  
 at **18:59** de dia **09/10/20**

Dr. Eduardo Barbosa Nunes  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM: 14447 / RJ  
 R. 5355A

Enfermeiro  
 Elizabeth Fernandes  
 R. 5355A

Coordenador Técnico  
 Corren S. Lacerim Macedo  
 R. 5355A

Coordenador Técnico  
 Elizabeth Santos  
 R. 5355A

Coordenador Técnico  
 Silvana V. Lima  
 R. 5355A

Coordenador Técnico  
 João Vitor Santos  
 R. 5355A

1º TURNO (19:00 - 07:00h) SIND  
 2º TURNO (07:00 - 13:00h) [assinatura]  
 3º TURNO (13:00 - 19:00h) [assinatura]

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME COMPLETO: **TAMIRES BARRETTOS SANTOS**  
 DATA DE NASCIMENTO: **04/01/2003** LEITO: **F07** REGISTRO: **1210933**

	MEDICAMENTO OU CUIDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES
Dieta					Dieta oral livre
Hidratação					Solução Fisiológica 0,9% 500 ml EV 12/12 h.
Medicamentos Injetáveis	Cefalotina 1 g Via EV DIRETO	Reconstituir em 10 ml de Água Destilada e Infundir em 3 a 5min. (Frequência 06/06h)			
Medicamentos Injetáveis	Enoxaparina 40 mg (Seringa Preenchida)	Via Subcutânea (Frequência 24/24h). MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA.			
Medicamentos Oraís	Omeprazol 40mg Cápsula	Via Oral (Frequência 24/24h).			
Medicamentos Injetáveis	Dipirona 500mg/mL (Ampola de 2mL)	Via EV DIRETO - Diluir em 18mL de Água Destilada e Infundir entre 2 a 3 min. (Frequência SOS).			
Medicamentos Injetáveis	Tramadol 100mg/mL (Ampola de 1 mL)	Via EV INFUSSÃO - Diluir em 100mL de soro fisiológico 0,9% e Infundir em 30min. (Frequência SOS).			
Medicamentos Injetáveis	Cetoprofeno 100mg via EV infusão	Reconstituir em 5ml de soro fisiológico 0,9%. Diluir em 100mL de soro fisiológico 0,9% e Infundir em 20min. (Frequência 12/12.)			
SOS	Metoclopramida 5mg/mL (Ampola de 2mL)	Via EV DIRETO - diluído em 10mL de água destilada, Infundir em 3min. (Frequência 8/8h).			
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>180mm Hg ou PAD >110mmHg.			
SOS		SONDA VESICAL DE ALVIO			
Glicemia		Glicemia capilar 6/6h (06h; 12h; 18h; 24h) - SE DIABÉTICO / INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI / 251-300: 4UI / 301-350: 6UI / 351-400: 8UI / > 400: 10UI.			
Fisioterapia		Fisioterapia Motora e respiratória 2 vezes ao dia			
Cuidados Especiais		Sinais Vitais e Cuidados Gerais de 6/6 h.			

**Dr Vinicius Sobral**  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 5186 R4E381

Válida das **19:00** do dia **09/10/20**  
 às **18:59** do dia **10/10/20**

*Dr. Acta Nocitner*

*Supera*

*Dr. Paulo Salazar*  
 CRM 441870/DF

Assinaturas e rubricas dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, com identificação de suas funções: Técnico, Enfermeiro, Enfermeiro Técnico.

*Widia Peres*  
 Enfermeiro

*Enfermeiro*

*Técnico*

*Enfermeiro*

*Enfermeiro*

*Enfermeiro*

*Enfermeiro*

*Enfermeiro*

*Enfermeiro*

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME COMPLETO: **Yamiles Berriche dos Santos**  
 DATA DE NASCIMENTO: **04/01/03** LETO: **F7** REGISTRO: **1210453**

MEDICAMENTO OU CUIDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES
Dieta				
Hidratação				
Medicamentos Injetáveis				
Medicamentos Injetáveis				
Medicamentos Orais				
Medicamentos Injetáveis				
Medicamentos Injetáveis				
Medicamentos Injetáveis				
SOS				
SOS				
SOS				
SOS				
Glicemia				
Fisioterapia				
Cuidados Especiais				

1º TURNO (19:00 - 07:00h)	2º TURNO (07:00 - 13:00h)	3º TURNO (13:00 - 19:00h)	Assinatura	Rubrica	Assinatura
SMR					
500	500				
08	09				
23 05	11	17			
24	08	06			
22	10				
SES					
SES					
SES					
SES					
20 06	08	14			

Assinatura Médica: *[Assinatura]*  
 Assinatura Enfermeiro: *[Assinatura]*  
 Assinatura Técnico: *[Assinatura]*  
 Assinatura Enfermeiro Técnico: *[Assinatura]*

**Dr Vinicius Sobral**  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-5189 ROE-3911  
 Médico

Válida das 19:00 do dia 10/10/20  
 às 18:59 do dia 11/10/20

Dr. Adem Pochter





ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Tamires Barreto dos Santos  
DATA DE NASCIMENTO: 03/10/1903 LEITO: F07 REGISTRO: J21 09 33

Data: 07/10/20	Turno: Manhã	LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Magro <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obeso
CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Nenhum		ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível

Turno: tarde	LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	
BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Magro <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obeso	
CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Nenhum	
ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	

Turno: 07-10-2020 Noite	LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	
BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Magro <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obeso	
CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Nenhum	
ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	

7:30 Peto no leito, acordada, acamada, calma, em estado consciente, orientada, eufórica, afebril, acianótica, anictérica, verbalizando. Em uso de hemoterapia. Em dieta zero aguardando chamado do C.C.

Fernanda S. Ismerim Macedo  
COREN/SE 001228107 T.E

9:00 não foi administrado eleazem 40mg pois a mesma encontra-se em dieta zero

Fernanda S. Ismerim Macedo  
COREN/SE 001228107 T.E

9:05 Término da 1ª bolsa de hemocentrado

9:25 Início da 2ª bolsa de hemocentrado

11:40 Término da 2ª bolsa de hemocomponentes

Administrado dipirona E.V conforme prescrito

12:00 Peto encaminhada ao C.C, por meio de maca em companhia de funcionária + maquinário.

Fernanda S. Ismerim Macedo  
COREN/SE 001228107 T.E

17:00 Paciente retornou do ec visto de acordo em companhia de funcionários e foi realizada liberação no tubo em uso da AVP em uso de 100 e foi administrado dipirona IV de 100mg e seguiu os cuidados de enfermagem.

Situaciones V. II 14  
Téc. Enfermagem  
COREN/SE 55123

18:00 Recebida a tubulação central com o novo tubo e verificadas suas conexões e o funcionamento em uso do SVD com presença de enfermeira e seguiu em observação.

Situaciones V. II 14  
Téc. Enfermagem  
COREN/SE 55123

19:00 - Paciente encontra-se no  
leito calma supine extremidade aque-  
cida paciente consciente orientada verbalmente  
Zonda em uso de reotermopia  
+ SVD. + folda desmontavel.

Elza Alves de Santana Santos  
Téc. de Enfermagem  
CCREN - GE 478021

20:00 - Isolado reotermopia + SSV. e Pm

Elza Alves de Santana Santos  
Téc. de Enfermagem  
CCREN - GE 478021

21:30 - Ojeuado o lenche.

Elza Alves de Santana Santos  
Téc. de Enfermagem  
CCREN - GE 478021

22:00 - Adm. Propofid. e Pm

23:00 - Adm. Dipiridona e Pm

Elza Alves de Santana Santos  
Téc. de Enfermagem  
CCREN - GE 478021

24:00 - Adm. tramadol + cefalotina

03:00 - Pete. do ronco no momento

05:00 - Adm. Dipiridona e Pm

Elza Alves de Santana Santos  
Téc. de Enfermagem  
CCREN - GE 478021

06:00 - Adm. Omeprazol + cefalotina

+ Ojeuado SSV. e Pm + retificada a  
SVD. pelo o enfermeiro Tony.

06:30 - Segue plantão tranquilo. A  
os cuidados da enfermagem.

Elza Alves de Santana Santos  
Téc. de Enfermagem  
CCREN - GE 478021



# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: Tamires Barreto dos Santos  
 DATA DE NASCIMENTO: 02/10/103 LEITO: F04 REGISTRO: J21 0933

Data: 08/10/20 Turno: manhã LOCOMOÇÃO:  Deambula  Deambula com auxílio  Acamado  Impossibilitado  
 COMPANHIA:  Desacompanhado  Familiar  Profissional BIOTIPO:  Caquético  Magro  Eutrófico  Sobrepeso  Obeso  
 CONSCIÊNCIA:  Alerta  Verbal  Doloroso  Nenhum ORIENTAÇÃO:  Orientado  Desorientado  Confuso  Inacessível

Turno: LOCOMOÇÃO:  Deambula  Deambula com auxílio  Acamado  Impossibilitado  
 COMPANHIA:  Desacompanhado  Familiar  Profissional BIOTIPO:  Caquético  Magro  Eutrófico  Sobrepeso  Obeso  
 CONSCIÊNCIA:  Alerta  Verbal  Doloroso  Nenhum ORIENTAÇÃO:  Orientado  Desorientado  Confuso  Inacessível

Turno: LOCOMOÇÃO:  Deambula  Deambula com auxílio  Acamado  Impossibilitado  
 COMPANHIA:  Desacompanhado  Familiar  Profissional BIOTIPO:  Caquético  Magro  Eutrófico  Sobrepeso  Obeso  
 CONSCIÊNCIA:  Alerta  Verbal  Doloroso  Nenhum ORIENTAÇÃO:  Orientado  Desorientado  Confuso  Inacessível

7:30 Paciente no leito, acordada, calma, consciente, orientada, eufórica, afebril, acianótica, anictérica, verbaliza bem uso de seroterapia por acesso venoso periférico

8:00 Aceitou dejejum oferecido. Administrado Tramal 100mg diluído em 100ml SF0,9%. **Fernanda S. Ismerim Macedo** COREN/SE 001228107 T.E

9:00 Administrado Elexane 20mg S.C

10:00 Aceitou lanche oferecido. Administrado profenid 100mg diluído em 100ml SF0,9% **Fernanda S. Ismerim Macedo** COREN/SE 001228107 T.E

Realizado banho no leito + estética do leito

Paciente realizou exame de R.x pós-operatório

11:00 Administrado Dipirona E.V diluído conforme prescrito.

12:00 Administrado Keflin 2g E.V diluído conforme prescrito

12:20 Aceitou almoço oferecido

12:50 Segue minitrocênias aos cuidados da equipe de enfermagem **Fernanda S. Ismerim Macedo** COREN/SE 001228107 T.E

13:00 Paciente no leito, calma, verbalizando, eufórica, afebril, uso de AV P, **Graciela Brito S. Vieira** T.EC de Enfermagem COREN-SE 1203.671

14:00 Afundado SSW, massageio evolutivo em MMIE **Graciela Brito S. Vieira** T.EC de Enfermagem COREN-SE 1203.671

15:00 Aceitou e digestão de lanche por nutricionista

16:00 Adm. minitrocênias de horário tramal conforme prescrição médica **Graciela Brito S. Vieira** T.EC de Enfermagem COREN-SE 1203.671

17:00 Adm. Dipirona 2:8ml c.p.m

18:00 Adm. minitrocênias de horário Befalato 2g c.p.m, aceita e digestão por nutricionista **Graciela Brito S. Vieira** T.EC de Enfermagem COREN-SE 1203.671

18:30 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

19:00 paciente no leito em uso de VP+ faldas deixo  
 atis segue cuidados da Equipe +  
 20:00 Verificado SSVV segue cuidados da Equipe  
 21:00 no leito reposando sem queixas + malena  
 22:00 adm. cataplasma conforme prescrição medica +  
 23:00 segue cuidados da Equipe +  
 24:00 Verificado SSVV + adm. cataplasma conforme prescrição  
 medica segue cuidados da Equipe + malena  
 paciente deuseu limpeza do entalao com pouco sangui-  
 mente enfermeira eiente segue cuidados da Equipe  
 01:00 paciente no leito reposando segue cuidados  
 02:00 no leito sem queixas + malena  
 03:00 segue tranquila no leito x  
 04:00 no leito tranquila sem queixas +  
 05:00 no leito sem queixas segue cuidados  
 06:00 Verificado SSVV + adm. cataplasma +  
 conforme prescrição medica + malena  
 06:00 segue tranquila no leito sem queixas



# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: Tamires Barreto Santos  
 DATA DE NASCIMENTO: 02/10/1983 LEITO: F07 REGISTRO: J210933

Data: 09/10/20 Turno: manhã LOCOMOÇÃO:  Deambula  Deambula com auxílio  Acamado  Impossibilitado  
 COMPANHIA:  Desacompanhado  Familiar  Profissional BIOTIPO:  Caquético  Magro  Eutrófico  Sobrepeso  Obeso  
 CONSCIÊNCIA:  Alerta  Verbal  Doloroso  Nenhum ORIENTAÇÃO:  Orientado  Desorientado  Confuso  Inacessível

Turno: Tardi. LOCOMOÇÃO:  Deambula  Deambula com auxílio  Acamado  Impossibilitado  
 COMPANHIA:  Desacompanhado  Familiar  Profissional BIOTIPO:  Caquético  Magro  Eutrófico  Sobrepeso  Obeso  
 CONSCIÊNCIA:  Alerta  Verbal  Doloroso  Nenhum ORIENTAÇÃO:  Orientado  Desorientado  Confuso  Inacessível

Turno: Noite 20/09/20 LOCOMOÇÃO:  Deambula  Deambula com auxílio  Acamado  Impossibilitado  
 COMPANHIA:  Desacompanhado  Familiar  Profissional BIOTIPO:  Caquético  Magro  Eutrófico  Sobrepeso  Obeso  
 CONSCIÊNCIA:  Alerta  Verbal  Doloroso  Nenhum ORIENTAÇÃO:  Orientado  Desorientado  Confuso  Inacessível

7:30 Paciente no leito, acordada, calma, consciente, orientada eupneica, afebril, acianótica, anictérica, verbalizando. Em uso de gesso hidratado. Não apresenta queixas no momento no 2º D.P.O de fêmur  
**Fernanda S. Ismerim Macedo**  
 COREN/SE 001228107 T.E

8:00 Aceitou dejejum oferecido. Administrado, dige, oferecido SSVU  
**Fernanda S. Ismerim Macedo**  
 COREN/SE 001228107 T.E

9:00 Administrado elixire 40mg S.C.  
**Fernanda S. Ismerim Macedo**  
 COREN/SE 001228107 T.E

10:00 Aceitou lanche oferecido. Administrado profenid 100mg E.V conforme prescrito

12:00 Administrado Keflin 1g E.V conforme prescrito. Renovado fisioterapia conforme prescrito  
**Fernanda S. Ismerim Macedo**  
 COREN/SE 001228107 T.E

12:20 Aceitou almoço oferecido

12:50 segue as intercorrências as cuidados da equipe de enfermagem  
**Fernanda S. Ismerim Macedo**  
 COREN/SE 001228107 T.E

13:00 Paciente se encontra no leito calma afébril em uso de AVP, em uso de soro e segue os cuidados da equipe de enfermagem.

14:00 Verificada sinais vitais e foi realizada banho no leito e troca de lençóis mais estêtils e troca de fralda e curativo e segue os cuidados da equipe  
**Silvaneige V. Lima**  
 Téc. Enf. COREN/SE 001228107 T.E

15:00 Ofeceio o lanche aceitou bem e segue os cuidados

17:00 Paciente quieto de dor foi administrado...

18.º Administração estatística IV de horas  
e atividades a data atual em Bém e M  
que monitores o quadro clínico

Silvaneide V. Lima  
Téc. Enfermagem  
COREN/SE 556304

19.º 19.00 Polígrafo no tipo telmo, Cronométrico, Nível 000, 0100 e  
14.º Polígrafo Cronométrico, em uso 70/60 (Hidrelatório) 1705 P 05  
20.º 20.00 Polígrafo Cronométrico em uso 70/60 (Hidrelatório) 1705 P 05

21.º 21.00 Polígrafo Cronométrico em uso 70/60 (Hidrelatório) 1705 P 05

22.º 22.00 Polígrafo Cronométrico em uso 70/60 (Hidrelatório) 1705 P 05

23.º 23.00 Polígrafo Cronométrico em uso 70/60 (Hidrelatório) 1705 P 05

24.º 24.00 Polígrafo Cronométrico em uso 70/60 (Hidrelatório) 1705 P 05

25.º 25.00 Polígrafo Cronométrico em uso 70/60 (Hidrelatório) 1705 P 05



NOME COMPLETO:

Tamires Barreto dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

07/10/2003

LEITO:

F07

REGISTRO:

1210933

<b>S</b>	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA INTERNA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA EXTERNA			
	SETOR DE ORIGEM: Alo F		UNIDADE DE DESTINO: Centro Cirurgico	
	DATA: 07/10/2020		HORA:	
	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura da diafrase			
SINAIS VITAIS: PA: 110 x 70 mmHg FC: 93 bpm FR: 20 rpm T: 36,9°C SO <sub>2</sub> %				
<b>B</b>	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> TORPOROSO <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> SEDADO			
	PADRÃO RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> AR AMBIENTE <input type="checkbox"/> SUPORTE DE O <sub>2</sub> % <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT			
	PACIENTE EM PROTOCOLO: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL: _____			
	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA <input type="checkbox"/> ALERTA PACIENTE CRÍTICO <input type="checkbox"/> OUTRO: —			
GLASGOW:				
<b>A</b>	DISPOSITIVOS EM USO:			
	DISPOSITIVOS	DATA E SETOR EM QUE O PROCEDIMENTO FOI REALIZADO	TIPO DE CATETER/SONDA	SONDA (N°) CATETER (SÍTIO)
	TOT/TQT			
	CVC/CVP	07-10-20, Alo F	G20	MSE
	SNE/SNG			
	SVD			
<b>R</b>	MEDICAMENTOS POR INFUSÃO CONTÍNUA: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> DROGA VASOATIVA <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> ELETROLITOS			
	ISOLAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM TIPO: <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> PRECAUÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
	RISCOS CLÍNICOS AVALIADOS: <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA <input checked="" type="checkbox"/> FLEBITE <input type="checkbox"/> BRONCOASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> NUTRICIONAL			
	ALERGIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PULSEIRA DE RISCO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA			
EXAMES PENDENTES: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
QUAIS: <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> BIÓPSIA <input type="checkbox"/> CATETERISMO CARDÍACO <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> SCAN <input type="checkbox"/> OUTROS: —				
OBSERVAÇÕES:				
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:				
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:				
RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES:				
ENF DO SETOR DE ORIGEM:		ENF DO SETOR DE DESTINO:		
CONDIÇÕES DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> BAIXO RISCO <input type="checkbox"/> MÉDIO RISCO <input type="checkbox"/> ALTO RISCO OBS: CLASSIFICAÇÃO NO VERSO				
INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
EQUIPE RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE:				

Elizabete Fernandes  
COREN SE 434547 - ENF

**HOSPITAL**  
**CIRURGIA**  
**TRANSFERÊNCIA INTERNA**

NOME COMPLETO:

*Tamires Barreto dos Santos*

DATA DE NASCIMENTO:

04/01/2003

LEITO:

F-07

REGISTRO:

1210933

<b>S</b>	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA INTERNA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA EXTERNA			
	SETOR DE ORIGEM: <i>CC6</i>		UNIDADE DE DESTINO: <i>F-07</i>	
	DATA: <i>07/10/20</i>		HORA:	
	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
SINAIS VITAIS: PA: <i>114x71</i> mmHg FC: <i>74</i> bpm FR: rpm T: °C SO <sub>2</sub> : <i>96</i> %				
<b>B</b>	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> TORPOROSO <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> SEDADO			
	PADRÃO RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> AR AMBIENTE <input type="checkbox"/> SUPORTE DE O <sub>2</sub> ____% <input type="checkbox"/> VENTILACÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT			
	PACIENTE EM PROTOCOLO: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL: _____			
	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA <input type="checkbox"/> ALERTA PACIENTE CRÍTICO <input type="checkbox"/> OUTRO:			
GLASGOW: <i>15</i>				
<b>A</b>	DISPOSITIVOS EM USO:			
	DISPOSITIVOS	DATA E SETOR EM QUE O PROCEDIMENTO FOI REALIZADO	TIPO DE CATETER/SONDA	SONDA (N°) CATETER (SÍTIO)
	TOT/TQT			
	CVC/CVP	<i>07/10/20</i>	<i>gelco</i>	<i>20 MSE</i>
	SNE/SNG			
SVD				
OUTRO:				
<b>R</b>	MEDICAMENTOS POR INFUSÃO CONTÍNUA: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> DROGA VASODATIVA <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> ELETRÓLITOS			
	SOLAMENTO: <input type="checkbox"/> SIM TIPO: <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> PRECAUÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
	RISCOS CLÍNICOS AVALIADOS: <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA <input checked="" type="checkbox"/> FLEBITE <input type="checkbox"/> BRONCOASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> NUTRICIONAL			
ALERGIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO FULSIRA DE RISCO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA				
EXAMES PENDENTES: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
EXAMES: <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> BIÓPSIA <input type="checkbox"/> CATETERISMO CARDÍACO <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> SCAN <input type="checkbox"/> OUTROS:				
OBSERVAÇÕES:				
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: <i>M. Hermezinda C. de Melo</i>				
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <i>CORENSE 001.228.110 - TE</i>				
RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES:				
ENFR DO SETOR DE ORIGEM:		ENFR DO SETOR DE DESTINO:		
CONDIÇÕES DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> BAIXO RISCO <input type="checkbox"/> MÉDIO RISCO <input type="checkbox"/> ALTO RISCO OBS: CLASSIFICAÇÃO NO VERSO				
INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
EQUIPE RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE:				

NOME COMPLETO:

Tamara Barreto da Silva

DATA DE NASCIMENTO:

04/10/103

LEITO:

107

REGISTRO:

1200933

CHECK-LIST DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA PERI-OPERATÓRIA

PRÉ-OPERATÓRIO:

DATA DA CIRURGIA: 04/10/20	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	Lateralidade demarcada com alvo: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Assinatura e carimbo: <b>ELIZABETH FERRETTI COREN - RESQUAT - ENF</b>
Pulseira de identificação: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Retirada de adornos ou próteses: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Acesso venoso: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central	
Avaliação pré-anestésica: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Termo de consentimento anestésico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA		
Termo de consentimento cirúrgico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Termo de consentimento para enxerto ou amputação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> NA		
Exames de imagem e demais complementares estão disponíveis para o procedimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Termo de consentimento para transfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA		

SIGN IN - ANTES DO INÍCIO DA ANESTESIA: Hora: 13:35 h

Identificação correta do paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Conduta:	
Lateralidade demarcada com alvo: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Conduta: <b>ESQUERDA</b>	
Dispositivos implantáveis serão utilizados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Conduta:	
Dispositivos implantáveis em sala operatória? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Conduta:	
Equipamentos, materiais e medicamentos disponíveis: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Conduta:	
Na ausência de materiais e equipamentos, a equipe autoriza o início do procedimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Conduta:	
Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Quais:	
Risco de tromboembolismo moderado ou alto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipagem sanguínea? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Risco de via aérea difícil? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Risco de perda sanguínea maior de 500 ml? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reserva de UTI? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Risco de bronco-aspiração? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Exames complementares estão disponíveis para o procedimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reserva de sangue? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Equipamentos disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

TIME OUT - ANTES DA INCISÃO: Hora: 13:45 h

Apresentação da equipe: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pulseira de identificação: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de nascimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Procedimentos propostos: <b>Tratamento Cirúrgico de Fratura de Haste de fêmur</b>		
Sítio cirúrgico: <b>MI</b>	Lateralidade: <input checked="" type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> NA	
Profilaxia antibiótica: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Medicamento: <b>CEFAZOLINA</b>	Dose: <b>2g</b> Horário: <b>13:30</b>
Terapia antibiótica: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Medicamento:	Dose: Horário:
Materiais e equipamentos disponíveis e funcionando? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Conduta:	
Equipe cirúrgica completa: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Conduta:	

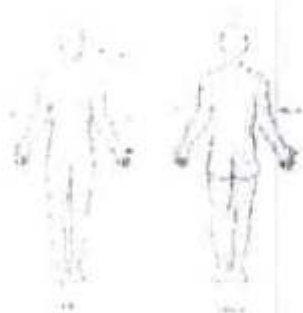
SIGN OUT - ANTES DA SAÍDA DA SALA OPERATÓRIA: Hora: 15:20 h

Procedimentos cirúrgicos: <b>a propósto</b>	
Conferência de pinças: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Há material para exame anatomopatológico e está corretamente identificado? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Conferência de gazes: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Há material biológico para desprezar? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Conferência de compressas: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Há material biológico para cultura? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Conferência de agulhas: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Há exames complementares para encaminhar? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Houve intercorrência intra-operatória? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Quais: Conduta:
Houve problema com algum equipamento durante a cirurgia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Quais: Conduta:
Há alguma orientação importante no cuidado desse paciente a partir de agora? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Quais:
Assinatura e carimbo:	
<b>Dr. Patrícia Medeiros Pereira</b> Anestesiologista	<b>Dr. Paulo Salotti</b> Cirurgião
	<b>Yara Adalberto</b> Enfermeira

NOME COMPLETO: <i>Thamires Barreto dos Santos</i>		
DATA DE NASCIMENTO: <i>11/03/2003</i>	LETEL: <i>F07</i>	REGISTRO: <i>3230933</i>

SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	DATA DE ADMISSÃO: <i>06/10/20</i>	DATA DA CIRURGIA: <i>07/10/20</i>
CONFIRMAR A SOLICITAÇÃO	RESERVA DE SANGUE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	VOLUME: _____
VAGA DE UTI <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
PREPARO: <input checked="" type="checkbox"/> JEJUM & PARTIR	HORÁRIO: <i>19:30</i>	DATA: <i>06/10/20</i>
<input checked="" type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA		
RETIRAR PRÓTESES E ADIÓDOS	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> LENTES DE CONTATO
<input type="checkbox"/> JÓIAS	<input type="checkbox"/> GRAMPOS	<input type="checkbox"/> OUTROS:
ALERGIA CONHECIDA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL(S):		
HÁBITO DE VIDA	TABAGISTA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	ETILISTA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> TEMPO:		<input type="checkbox"/> TEMPO:
PASSADO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL(S):		
DOENÇAS ATUAIS	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> ICC
<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DM
<input type="checkbox"/> NEO	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> RC
<input type="checkbox"/> ITU	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
FAZ USO DE MEDICAMENTOS? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL(S):		

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE)**

	HORÁRIO: <i>19:25</i>	<i>Paciente admitida no centro cirúrgico para submeter-se a um ato cirúrgico no enfermaria em companhia da equipe de enfermagem. O mesmo relata manter alergia a medicamentos mas a ambuclor e nem importante.</i>
	<i>Cândida Virginia Melo</i> COREN - SE 8686347 ASSINATURA	

**INTRA-OPERATÓRIO (ADMISSÃO NA SALA OPERATÓRIA - S.O.)**

EQUIPE CIRÚRGICA			PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		
<i>Dr. Paulo Salate / Dr. Guilherme</i>			<i>Anestesia 13:30</i>		
CIRURGIÃO			PROPOSTO: <i>Trat. Cirúrgico de Fratura de Haste de Fêmur</i>		
INSTRUMENTADOR: <i>Armando / Dabon</i>			HORÁRIO INÍCIO: <i>13:50</i>	TÉRMINO: <i>15:20</i>	
ANESTESIOLOGISTA: <i>Dr. Patrícia Jodinos</i>			MONITORIZAÇÃO		
CIRCULANTE: <i>Rejane</i>			<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> DEXIMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> PANI
			<input type="checkbox"/> PRESSÃO INVASIVA		
SERVIÇOS DE APOIO			TÉCNICAS ANESTÉSICAS		
HEMOTRANSFUSÃO COM SO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA		
			<input type="checkbox"/> GERAL INTRAVENOSA		
<input type="checkbox"/> 1ª INFUSÃO	VOLUME:	HORA:	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA		
<input type="checkbox"/> 2ª INFUSÃO	VOLUME:	HORA:	<input type="checkbox"/> PERIDURAL COM CATETER		
<input type="checkbox"/> 3ª INFUSÃO	VOLUME:	HORA:	<input type="checkbox"/> PERIDURAL SEM CATETER		
ANÁTO-MORFOLÓGICO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA		
			<input type="checkbox"/> SEDUÇÃO		
PEÇA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> BLOQUEIO		
			<input type="checkbox"/> LOCAL		
OBSERVAÇÕES:			POSIÇÃO CIRÚRGICA <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL		
			<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA		
			<input type="checkbox"/> LATERAL D		
			<input type="checkbox"/> LATERAL E		
			<input type="checkbox"/> OUTRAS		
			LOCAL PARA PLACA (DISPERSIVA) <i>MSD</i>		
			INCISÃO CIRÚRGICA - LOCAL <i>MTE</i>		
			CURATIVO - TIPO E LOCAL <i>MTE</i>		



Clinica de Saude Dr. DiJaume Francisco de Lima  
TAMIRES BARRETO DOS SANTOS 04/01/2003 F  
27/01/2021

HORÁRIO DE ENTRADA NA S.O.: 13 : 15 HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA:

Paciente admitido em S.O. para realização de procedimento cirúrgico, como, consciente e orientada, avaliando o JRC, em uso de AUP em MSc + preventivo, em modo, 55W, PA: 112 x 86 mmHg, FC: 72 bpm, SpO2: 96%,  
 As 13:30 hrs deu-se início a técnica anestésica, aqui com o agulha aqui n° 25, em infiltração,  
 em seguida realizou-se a aspiria + abate o campo aduit sem intercorrência e as 13:50 hrs  
 deu-se início ao ato cirúrgico. As 15:20 hrs finalizou-se o ato cirúrgico, 55W, PA: 117 x 63 mmHg,  
 FC: 96 bpm, SpO2: 99%. Paciente encaminhado p/ SRPA em uso de AUP + sonoterapia + SVD + oxim. + preventivo  
 PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (ADMSSÃO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA) *Dr. Rafaela 1365050*

Dispositivos em uso: *Kit cirúrgico completo e sub-efito anestésico*

<input type="checkbox"/> CATETER DE O <sub>2</sub>	L/MIN.	<input type="checkbox"/> MÁSCARA DE O <sub>2</sub> - FIO <sub>2</sub>	%	<input type="checkbox"/> VMI / TOT - MODO	E FIO <sub>2</sub>	%
<input type="checkbox"/> MARCAPASSO		<input type="checkbox"/> CVP		<input type="checkbox"/> VMI / TOT - MODO	E FIO <sub>2</sub>	%
<input type="checkbox"/> PVC		<input type="checkbox"/> CATETER PERITONEAL		<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Sonda GÁSTRICA/ ENTERAL	
<input type="checkbox"/> OSTOMIA	<input type="checkbox"/> FRALDA	<input type="checkbox"/> DRENO DE SUÇÃO		<input type="checkbox"/> DRENO DE PEN ROSE	<input type="checkbox"/> DRENO TORÁCICO	

REGISTRO DE ENFERMAGEM (ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE NA ADMISSÃO DA SRPA)

HORÁRIO: 15:30 - paciente admitida na SRPA após o ato cirúrgico, sob efito anestésico, em uso de sonoterapia + SVD monitorada PA: 114 x 71, FC: 74, SpO2: 96%, segue os cuidados de enfermagem

M<sup>te</sup> Hermezinda C. de Melo  
 COREN/SE 001.228.110 - TE  
*[Assinatura]*

DETINI/ALA:

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - PACIENTE ADULTO (VALOR MÍNIMO PARA ALTA 08 PONTOS)		VALOR	0	30	60	90	120
ATIVIDADE MOTORA	CAPAZ DE MOVER OS 04 MEMBROS	02					✓
	CAPAZ DE MOVER OS 02 MEMBROS	01	✓	✓	✓	✓	
	INCAPAZ DE MOVER OS MEMBROS	0					
RESPIRAÇÃO	RESPIRA PROFUNDAMENTE OU TOSSE LIVREMENTE	02	✓	✓	✓	✓	✓
	DISPNEIA OU LIMITAÇÃO DE RESPIRAÇÃO	01					
	APNÉIA	0					
CIRCULAÇÃO	PA 20% DO NÍVEL PRÉ ANESTÉSICO	02	✓	✓	✓	✓	✓
	PA 20% - 49% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉSICO	01					
	PA 50% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉSICO	0					
CONSCIÊNCIA	LÚCIDO, ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	02	✓	✓	✓	✓	✓
	DESPERTA SE SOLICITADO	01					
	NÃO RESPONDE	0					
SATURAÇÃO	MAIOR QUE 92% RESPIRANDO EM AR AMBIENTE	02	✓	✓	✓	✓	✓
	MAIOR QUE 90% COM OXIGÊNIO SUPLEMENTAR	01					
	MENOR QUE 90% COM OXIGÊNIO SUPLEMENTAR	0					

HORÁRIO DE ALTA SRPA: 17:20 UTI  SRPA  TOTAL:

*Patrícia Medeiros Ferreira*  
 DR<sup>a</sup> Anestesiologista  
 ANESTESIA RESPONSÁVEL

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL

NOME COMPLETO: Tamires Barreto dos Santos  
 DATA DE NASCIMENTO: 04/01/2003 LEITO: F-07 REGISTRO: 1010933

**RASTREAMENTO DE INTEGRADORES QUÍMICOS**

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Tratamento Cirurgico de Fratura de Haste de femur (C)  
 CIRURGIÃO: Dr. Paulo Sotelle / Dr. Guilherme  
 ENFERMEIRO: Brunelly  
 ANESTESIOLOGISTA: Dr. Patrícia Jodanis  
 CIRCULANTE DE SALA: Rapela  
 INSTRUMENTADOR: Juacela Kleber  
 DATA: 07/10/2020  
 SALA CIRÚRGICA: 06

GRAVEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO:

Handwritten notes and labels on the grid:

- Top Left:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (written vertically)
- Top Center:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (written vertically)
- Top Right:** "Materia: HASTE DE FEMUR 345" (written vertically)
- Middle Left:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (written vertically)
- Middle Center:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (written vertically)
- Middle Right:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (written vertically)
- Bottom Left:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (written vertically)
- Bottom Center:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (written vertically)
- Bottom Right:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (written vertically)

Printed labels and stickers:

- Top Left Sticker:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (vertical)
- Top Center Sticker:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (vertical)
- Top Right Sticker:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (vertical)
- Middle Left Sticker:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (vertical)
- Middle Center Sticker:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (vertical)
- Middle Right Sticker:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (vertical)
- Bottom Left Sticker:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (vertical)
- Bottom Center Sticker:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (vertical)
- Bottom Right Sticker:** "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR 309 444" (vertical)

Other labels and markings:

- Top Left:** "TIPPO 5 (SIRIAM) 190 11140-1" (horizontal)
- Top Center:** "TIPPO 5 (SIRIAM) 190 11140-1" (horizontal)
- Top Right:** "TIPPO 5 (SIRIAM) 190 11140-1" (horizontal)
- Middle Left:** "TIPPO 5 (SIRIAM) 190 11140-1" (horizontal)
- Middle Center:** "TIPPO 5 (SIRIAM) 190 11140-1" (horizontal)
- Middle Right:** "TIPPO 5 (SIRIAM) 190 11140-1" (horizontal)
- Bottom Left:** "TIPPO 5 (SIRIAM) 190 11140-1" (horizontal)
- Bottom Center:** "TIPPO 5 (SIRIAM) 190 11140-1" (horizontal)
- Bottom Right:** "TIPPO 5 (SIRIAM) 190 11140-1" (horizontal)



COMUNICADO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL (OPME)

NOME COMPLETO <i>Família Santos dos Santos</i>	LEITO <i>12/0935</i>
DATA DE NASCIMENTO <i>04.01.2003</i>	REGISTRO <i>12/0935</i>

DIAGNÓSTICO: *Fratura distal da fêmur*

PROCEDIMENTO REALIZADO: *Fixação com parafusos e placas*

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO: *Raulo Salotti*

NOME: *Raulo Salotti*

CONVÊNIO: \_\_\_\_\_

DATA DA UTILIZAÇÃO: *1 / 1*

URM: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS		CAIXA CIRÚRGICA	Nº LOTE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANTIDADE UTILIZADA	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	
	<i>01</i>	<i>Placa Bloqueio Femur</i>	
	<i>03</i>	<i>Parafusos parafusos</i>	
	<i>02</i>	<i>Parafusos parafusos</i>	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME: *Opton*

CARIMBO / ASSINATURA:

CONTROLE DA CENTRAL DE OPME

DATA DE RECEBIMENTO: *1 / 1*

1ª VIA - PRONTUÁRIO

2ª VIA - CENTRAL DE OPME

3ª VIA - CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

HOSPITAL CIRURGIAS  
FICHA DE ANESTESIA

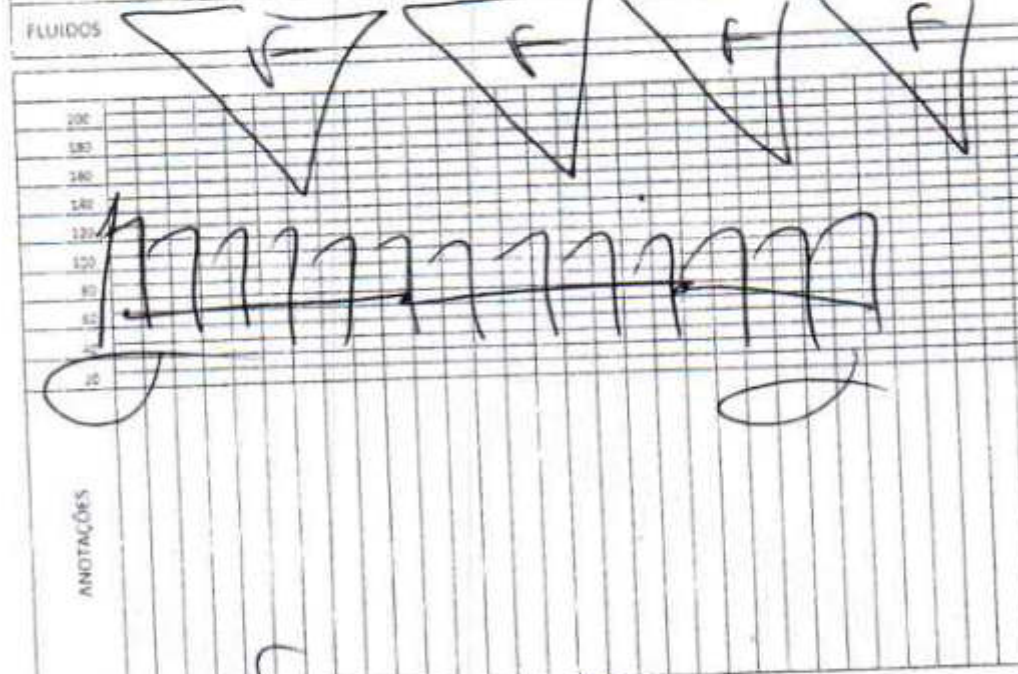
TAMIZADO BARCELONA SINDICATO

DATA DE NASCIMENTO: 04/01/03  
LEITO: 1210933  
REGISTRO: 1210933

SEXO:  MASCULINO  FEMININO  
SALA OPERATÓRIA: 06  
DATA DA CIRURGIA: 07/10/2020  
IDADE: 17  
COR:   
CONVÊNIO: FUR  
CIRURGO: Paulo Sobral  
ANESTESIOLOGISTA: Patrícia M. J.   
1ª AUXILIAR:   
2ª AUXILIAR:   
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: J + do femur  
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:   
CIRURGIAS PROPOSTAS:   
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico c/ Hb  
PRE-MEDICAÇÃO:   
HORA:   
RESULTADO:  1  2  3  4  5  6  
INÍCIO DA ANESTESIA: 13:30  
INÍCIO DA OPERAÇÃO: 13:45  
ALT DA ANESTESIA: T8  
RISCO OPERATÓRIO:  1  2  3  4  
ESTADO FÍSICO:  2  3  4  5  6  7



MONITOR ECG  
 OXÍMETRO PULSO  
 CAPNÓGRAFO  
 RAM NÃO INVASIVA  
 VENTILADOR



DROGA	CONC.	QNT.
Neomax	200	4
Isosina		
Diem 7	300	4
Venof	20	
Val	01	
huel	01	
do	01	4
V +	100	4

AGENTES ANESTÉSICOS: Sevo Isoflurano 200 + O2 + N2O 50 + T8  
TÉCNICA:   
INDICAÇÃO:   
POSICÃO:   
LOCAL DA PUNÇÃO:   
LÍQUIDO RETIRADO:   
TÉCNICA:   
POSICÃO APÓS:   
POSICÃO OPERATÓRIA:   
RESULTADO B.R.M.:   
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 22  
DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2  
CONSCIÊNCIA:   
PÓS-OPERATÓRIO:  UTI  SRPA  
DESTINO DA SRPA:  LEITO  ALTA HOSPITALAR  
CONDIÇÕES:   
OBSERVAÇÕES:   
Dra. Patrícia Medeiros Ferreira  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM 58122

**DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

NOME COMPLETO: WILSON P. NETO DOS SANTOS		
DATA DE NASCIMENTO:	LEITO: F7	REGISTRO: 1210933

SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	IDADE: 37 anos	SALA OPERATÓRIA: 06	DATA DA CIRURGIA: 07/10/20
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:			
CIRURGIA PROPOSTA: Tratamento Cirúrgico de Fratura da Haste do fêmur (E)			
CIRURGIA REALIZADA: a proposta.			
CÓDIGOS:			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo			
CIRURGIÃO: Dr. Paulo Salatti			
1º AUXILIAR: Dr. Guilherme			
2º AUXILIAR:			
3º AUXILIAR:			
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Patrícia Medeiros			
ANESTESIA REALIZADA: Raqui-anestesia			
INÍCIO DA ANESTESIA: 13:30	INÍCIO DA CIRURGIA: 13:50	TÉRMINO DA CIRURGIA:	TÉRMINO DA ANESTESIA:

EQUIPAMENTOS:			
MICRÓSCOPIO CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/>	INTENSIFICADOR DE IMAGENS: <input checked="" type="checkbox"/>	BISTURI ELÉTRICO: <input checked="" type="checkbox"/>	
CRANIÓTOMO PNEUMÁTICO: <input type="checkbox"/>	SISTEMA DE ENDOSCOPIA: <input type="checkbox"/>	ULTRASSOM: <input type="checkbox"/>	

MATERIAS ESPECIAIS UTILIZADOS:
haste intramedular


ANTISSEPSE:
cloridina Medica

PROCEDIMENTOS REALIZADOS E VIAS DE ACESSO:
Acesso lateral
Acesso para entrada de haste

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO: posição, uso de coxim, via de acesso, técnica realizada, descrição das lesões e dos órgãos examinados, exames radiológicos transoperatórios, relatar obtenção de peças cirúrgicas para histopatologia, biópsias, secreções colhidas para estudos laboratoriais, lavações, tipo de suturas, tipo de curativo, etc.

- Preparo habitual
- Acesso lateral na coxa esp.
- dissecção por plano del. esp.
- Redução da fratura
- Resegm do canal medular
- introdução de IMH
- travamento distal com auxílio radioscópico
- Vintex por planos
curativo

Guilherme Chalita Campos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5028






# FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

NOME COMPLETO: Tamires Basseto dos Santos  
 DATA DE NASCIMENTO: 04/10/2003 LEITO: 107 REGISTRO: 1210933

SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	IDADE: <u>H</u>	DATA DE ADMISSÃO: <u>06/10/2020</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>
DIAGNÓSTICOS: <u>Fratura de fêmur</u>			
CATA: <u>07/10/2020</u>	TURNO DE ATENDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE ( <u>1hs</u> )		
AP: <u>MVA/PIRA</u>	FC: <u>90</u>	FR:	PA:
VA: <u>VE</u>	RASS:	IMS: <u>1</u>	MRC: <u>-</u> NC: <u>Acadada</u>
GLASGOW:	SEDAÇÃO:	DVA:	SpO <sub>2</sub> : <u>97</u>
VENTILAÇÃO MECÂNICA:	DIAS DE VM:	MODOS:	FiO <sub>2</sub> : CUFF: <u>1</u>
PARÂMETROS:			
MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:	Cest:	Cdin:	Res:
	FiInsp:	CV:	P.O <sub>2</sub> :
*PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE:		<input type="checkbox"/> NÍVEL 1	<input type="checkbox"/> NÍVEL 2
		<input type="checkbox"/> NÍVEL 3	<input type="checkbox"/> NÍVEL 4
REAValiação: <u>Paciente orientada, sem UKBA, supnics e Bc quises no momento</u>			
CONDUTA: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA			
DESMAME: <input type="checkbox"/> SIMPLES <input type="checkbox"/> DIFÍCIL <input type="checkbox"/> PROLONGADO - HORAS: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 - FALHOU PORQUE?			
<input type="checkbox"/> RPP1	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECÚBITO	<input type="checkbox"/> TRE	<input type="checkbox"/> TMR
<input type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> POSICIONAMENTO	<input type="checkbox"/> AJUSTES NA VM	<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO
<input type="checkbox"/> THE	<input checked="" type="checkbox"/> EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	<input checked="" type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE
SECREÇÃO:	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIO	<input type="checkbox"/> GRANDE
	<input type="checkbox"/> FLUIDA	<input type="checkbox"/> ESPESSA	COR:
GINESIOTERAPIA:	<input type="checkbox"/> PASSIVA	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVA	<input type="checkbox"/> ATIVA ASSISTIDA
	<input type="checkbox"/> RESISTIVA	<input type="checkbox"/> S/L	<input type="checkbox"/> ME
<input type="checkbox"/> SEDESTAÇÃO NO LEITO	<input type="checkbox"/> S C/ MMH PEND	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> DRT
	<input type="checkbox"/> DEA	META TERAPÊUTICA: <u>Prevenir complicações R.M.</u>	
EXAME		HORA	
RESULTADOS			
GAOMETRIA	pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :
			HCO <sub>3</sub> :
			BE:
			OBS:
GAOMETRIA	pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :
			HCO <sub>3</sub> :
			BE:
			OBS:
RAIO X:	OUTROS:		
DEM.VS ATENDIMENTOS NO TURNO:			
CONDUTA: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA			
FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL: <u>Dra. Silve Andrade</u> FÍSICIA RESPONSÁVEL CREFITO: 167677-F			
OBS:			

DATA: 09/10/20		TURNO DE ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> MANHÃ <input checked="" type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE					
AP: MV+ SIRA	AHTX	FC: 70 bpm	FR: 16 ipm	PA: 110/70 mmHg	T: 37,2		
VA: VE AA	RASS:	IMS: 1	MRC: 59	NC:			
GLASGOW:	SEDACÃO:	DVA:			SpO <sub>2</sub> :		
VENTILAÇÃO MECÂNICA:	DIAS DE VM:	MODO:	FIO <sub>2</sub> :	CUFF: 1			
PARÂMETROS:							
MONITORIZAÇÃO VENTILATORIA:	Cast:	CdIn:	Res:	IRRS:	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> :		
	Pinsp:	CV:	PLI:	TRE:	TESTE DE CUFF:		
PROJECÇÃO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE:			<input type="checkbox"/> NÍVEL 1	<input type="checkbox"/> NÍVEL 2	<input type="checkbox"/> NÍVEL 3	<input type="checkbox"/> NÍVEL 4	
REAVALIAÇÃO: paciente encontra-se cooperativo, acamado, orientado, padrão respiratório misto, ritmo regular, tórax e abdômen normais, turgor esponjoso. Apresenta fratura de fêmur (E), grau 2, ach 5, com limitação global para marcha e mobilidade por AVD's. Deixa o paciente acordado e confortável com SV: PA: 110/70 mmHg, FC: 70 bpm, FR: 15 ipm, Temp: 37,3C, AP: MV+ SIRA AHTX.							
CONDUTA: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA							
DESMAIME: <input type="checkbox"/> SIMPLES <input type="checkbox"/> DIFÍCIL <input type="checkbox"/> PROLONGADO - HORAS: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 - FALHOU PORQUE?							
<input type="checkbox"/> RPP	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECUBITO	<input type="checkbox"/> TRE	<input type="checkbox"/> TMR	TIPO DE VNI:	TEMPO:	<input type="checkbox"/> RPPI	
<input checked="" type="checkbox"/> TEP	<input checked="" type="checkbox"/> POSICIONAMENTO	<input type="checkbox"/> AJUSTES NA VM	<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO	<input type="checkbox"/> EXTUBAÇÃO	OUTRAS:		
<input type="checkbox"/> TAB	<input checked="" type="checkbox"/> EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> RCP			
SECREÇÃO:	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIO	<input type="checkbox"/> GRANDE	<input type="checkbox"/> FLUIDA	<input type="checkbox"/> ESPESSA	COH:	
CINESIOTERAPIA:	<input checked="" type="checkbox"/> PASSIVA	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVA	<input type="checkbox"/> ATIVA ASSISTIDA		<input type="checkbox"/> RESISTIVA		
<input checked="" type="checkbox"/> SEDIESTAÇÃO NO LEITO	<input type="checkbox"/> S C/ MMII PEND	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> ORT	<input type="checkbox"/> S/L	<input type="checkbox"/> ME	<input type="checkbox"/> DEA	
META TERAPÊUTICA: melhorar respiração pulmonar prevenir o imobilismo				 <b>Thiago Abner</b> CREFITO 195409-F Preceptor de Fisioterapia Estácio - Fase FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL			
Ernesto eunice de A. Silva							
IXAME	HORA	RESULTADOS					
GASIMETRIA		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :	BE:	OBS:
GASIMETRIA		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :	BE:	OBS:
RACX:				OUTROS:			
DE MAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:							
COVIDUTA: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA				FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL			
OBS:							

For



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

TAMIRIS Barreto dos Santos

Receituário médico

Presente vítima de acidente de moto há 8 meses com fratura do fêmur esquerdo, submetida a tratamento cirúrgico, evoluindo com déficit de flexão do joelho e dor constante da articulação. Necessita de reembolso para DPUAR.

Cid: S72.2

27/07/21

Dr Vinicius Sobral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5199 ROE 3911

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA DE IDENTIDADE



*Jamires Bezerra dos Santos*



VALERIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

4.109.702-5

NOME: JAMIRES BEZERRA DOS SANTOS

DATA DE EMISSÃO: 21/08/2019

RAZÃO: VILMA DE JESUS BEZERRA

ANTENHO DOS SANTOS

LOCALIDADE: TAMAINHÁ-PE

DATA DE NASCIMENTO: 06/01/2003

DOC. ORIGINAL: CT. NASCIMENTO NR 21064 LV 826 FL 170V

CPF: 114.646.045-76

ASSINATURA DO TITULAR: *Jamir dos Santos*


ASSINATURA DO AGENTE: *Jenilson da Silva Gomes*

LEI Nº 7.118 DE 1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
CORPORATIVO PARA O TRABALHO PÚBLICO  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO - DEIC, CARRILÃO Nº 222255

*José Romão de Jesus*

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SECRETARIA DESESA 003.387 2.ª VLT

NOME JOSÉ ROMÃO DE JESUS

RACIAIS

ROMÃO DE JESUS DE JESUS

OSÓRIO NUNES DE REZENDE DE JESUS

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

DATA DE NASCIMENTO 19/05/1967

CPF 035041 NR 2353 14 01 PL 152

346.316.285-78

CPF 01971 COM RITCERBPA/IS/SE

INSCRIÇÃO 1782653889

LEI Nº 11.101 DE 2001

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: 114.646.045-76 4 - Nome completo da vítima: TAMIRES BARRETO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: TAMIRES BARRETO DOS SANTOS 6 - CPF: 114.646.045-76

7 - Profissão: DESEMPREGADA 8 - Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS 9 - Número: 514 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RIBEIROPOLIS 13 - Estado: SERGIPA 14 - CEP: 49.530-000

15 - E-mail: WIDOSSEGUROS19@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (79) 996066460

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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)  
AGÊNCIA: 4470 CONTA: 0008910092448  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

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)  Divorciado  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 (ou nascos)?  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: RIBEIROPOLIS - SERGIPE 19 DE AGOSTO DE 2021

Tamires Barreto dos Santos  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA

POUPANCA



5067 2254 3920 7749

09/25

TAMIRES BARRETO SANTOS  
4470 000891009284-8

elo



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - SE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00067210/2021

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/08/2021 10:47:22 Data/Hora Fim: 16/08/2021 11:17:48

Delegado de Polícia: Gregório Bezerra Silva

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Ribeirópolis

Data/Hora do Fato Início: 04/10/2020 20:12

Data/Hora do Fato Fim:

## Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)

Bairro: Centro

CEP: 49.530-000

Ponto de Referência: Próximo a igreja do município de Ribeirópolis/SE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: TAMIRÉS BARRETO DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 04/01/2003	Idade 18
Profissão: Desempregado		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Itabaiana - SE	
Nome da Mãe: Vilma de Jesus Barreto		Nome do Pai: Antônio dos Santos	

## Documento(s)

RG: 41097025

CPF: 114.646.045-76

## Endereço

Município: Ribeirópolis - SE

Logradouro: Rua Machado de Assis

Nº: 39

Complemento: Casa

Bairro: Baixa Fria

CEP: 49.530-000

Telefone: (79) 99989-0083

Nome Civil: LUCAS ANDRADE CARVALHO (ENVOLVIDO )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 06/02/1988	Idade 33
Estado Civil: Sem Informação			
Nome da Mãe: Josefa Andrade Carvalho			

## Documento(s)

CPF: 037.224.895-04

## Endereço

Município: Ribeirópolis - SE

Logradouro: RUA ANTONIO JOSE BARBOSA

Nº: 55

*Tamires Barreto dos Santos*



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - SE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00067210/2021

CEP: 49.530-000

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Descrição</b> De cor vermelha	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 037.224.895-04
<b>Placa</b> QMF8390	<b>Renavam</b> 01174663380
<b>Número do Motor</b> JB01E0J083436	<b>Número do Chassi</b> 9C2JB0100JR083424
<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2018/2018	<b>Cor</b> VERMELHA
<b>UF Veículo</b> SE	<b>Município Veículo</b> Ribeirópolis
<b>Marca/Modelo</b> HONDA/POP 110I	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1,00 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 14/01/2021	<b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Lucas Andrade Carvalho	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

Narra a comunicante que no dia 04/10/2020, por volta 18 h 30 min, estava vindo do município de Itabaiana/SE. Que a comunicante estava em retorno para sua residência, localizado na baixa fria, nesta urbe. Que a comunicante estava em companhia de Lucas Andrade Carvalho, o qual possui carteira nacional de habilitação ( N° do registro 05879358948). Que ao chegar próximo a igreja matriz, no município de Ribeirópolis/SE, ambos caíram da motocicleta de placa QMF8390. Que a pessoa de Lucas Andrade Carvalho perdeu o controle da motocicleta, mediante um veículo desconhecido pela comunicante estar vindo em direção. Que Lucas Andrade estava fazendo a curva com a motocicleta no momento. Que na tentativa de desviar e evitar uma colisão, ambos caíram da motocicleta em que estavam. Que a comunicante ficou no chão até o SAMU chegar ao local. Que foi conduzida, pelo SAMU, para o HUSE, no município de Aracaju/SE. Que no dia de hoje, 16/08/2021, a comunicante compareceu a esta unidade policial para solicitar o registro do Boletim de Ocorrência com a finalidade de solicitar o seguro DPVAT.

## ASSINATURAS

Gregório Bezerra Silva  
Delegado de Polícia Judiciária  
Matrícula 002.215.680  
Responsável pelo Atendimento

Tamires Barreto dos Santos  
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210216624**

**Vítima: TAMIRES BARRETO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE BONIFACIO DE GOIS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TAMIRES BARRETO DOS SANTOS**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **TAMIRES BARRETO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004470**

Conta: **000891009284-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

