



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

RIBEIRÓPOLIS DA COMARCA DE RIBEIRÓPOLIS
Praça Manoel do Carmo de Jesus, Bairro Centro, Ribeirópolis/SE, CEP 49530000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202282001163

DATA:

27/01/2023

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSYAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20230127083600408 às 08:36 em 27/01/2023.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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 BALNE 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 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 paciente com fratura de fêmur esquerdo. Foi transferida para o Hospital de Cirurgia.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

+ Biópsia + ELB de fêmur esquerdo

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francis Vasconcelos (Am 5911)

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO ()

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

EVASÃO ()

ARACAJU,

de

11

de

2022

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

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: [] RAIOS 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 curas @ AP + PERFIL
para pós cirurgia ferida
A ORTO PEDIS*

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 [] FAMILIAR [] IML [] ANAT. PATOL

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

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

*01/10/2011 Paracetamol / nível a qual a
mole, apresento - a febre. pulso
61. Inicial no exame*



*Francis Vinícius de
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: _____

SITUAÇÃO / QUEIXA: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: _____

FLUXOGRAMA: _____

DISCRIMINADOR: _____

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS): _____

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
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:

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	1	10/2020		TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050519	190125400140018	225151(6)	3359948	3359948	1	10/2020		TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030511			02681701000169	02681701000169	1	10/2020		HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR
4	0302040021	980016293797847	223605	0002283	0002283	2	10/2020		ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
5	0302050019	980016293797847	223605	0002283	0002283	2	10/2020		ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0212010026			0002283	0002283	2	10/2020		EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I
7	0212010034			0002283	0002283	2	10/2020		EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II
8	0306020068	980016284836126	225340	0002283	0002283	2	10/2020		TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS
9	0802010024			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-MEMBROS 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
Total Geral:	884,15	1.120,00		74,34		173,46	2.231,95

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



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
VICFJH

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

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.:

*per OK pre OK
 Kit OK*

Alta 10/10

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

PRONOME: RX FEMEA (C)

CONDIÇÕES:

DATA E HORA: Evoluções dos médicos assistentes; intervenções dos médicos consultores chamados à apelar a assistência, dos médicos plantonistas nas intercorrências e dos médicos residentes e internistas nas intervenções supervisionadas.

05/10/20
ACQUIE INTERVALE DAS INSTRUMENTOS DE FEMEA (C)
FEMEA (C) -

MS = 10,5 (CARRIZOS 10 FUSE)

CD. - DECISO DE CANCELAMENTO DE PROCEDIM.
- DECISO LOS

Guilherme Chaves Campos
Osteopatia e Fisioterapia
Cra 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

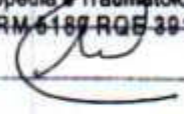
30/10/10

3º DPO de URM de RENA ☺

Presente em BEG, sem outras no momento.

Edc Ann Kochini

Dr Vinicius Sobral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5189 RQE 3911



NOME COMPLETO: Támiris Barreto das Santo		
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: Támiris Barreto das Santo
 GEN: O+POS PRODUTO: CH
 DOADOR: 0128200928030
 GSRM: O+POS VOL: 292 ml
 P. CRUZADA: NEG/SOROLOGIA NEG
 DATA: 07.10.2020 HORA: 07:39
 TÉCNICO: Alex + Romaneira

Temp. 35.4°C; PA: 110x60 mmHg

07.10.2020 09:25h

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

PACIENTE: Támiris Barreto das Santo
 GEN: O+POS PRODUTO: CH
 DOADOR: 0128200925058
 GSRM: O+POS VOL: 341 ml
 P. CRUZADA: NEG/SOROLOGIA NEG
 DATA: 07.10.2020 HORA: 09:25
 TÉCNICO: Romaneira

Temp. 36.9°C; PA: 110x70 mmHg

RX FBHC	DATA: 07.10.2020
INCIDÊNCIAS	
[Handwritten signature]	

08/10/2020 **Pena Psicose** =
 Paciente acordada, consciente, orientada, comunicativa
 no momento, apresenta melhora da dor na região
 do abdômen.
 Realizado o acolhimento mais amplo psicológico
 OSS: Paciente com programação de alta para amanhã

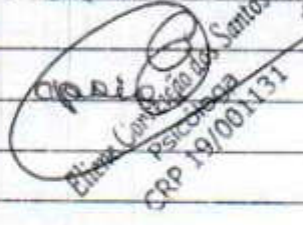
Elaine Gonçalves
 Psicóloga
 CRP 19.100

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

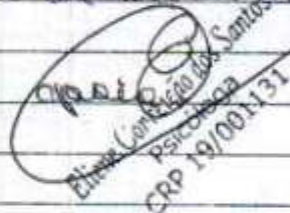


RAIOS X / FBHC	DATA: 08/10/2020
EXAME/INCIDENCIAS	VISTO TÉCNICO
Jenniffer E	Antônio

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



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 cir-
 urgia. Com uso de AVP em MSE instalado no dia 08/10/2020.
 Realizado 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. Fe-
 rida operatória com presença de sangue, feito expressão.
 Deixado paciente em repouso. Feito cobertura com gaze alge-
 drada e simples, curativo oclusivo. Paciente deixado relota-
 do 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 LETOS: 07 REGISTRO: 171012

MEDICAMENTO OU CUIDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES
		Dieta oral livre		
laçun		Solução Fisiológica 0,9% 500 ml EV 12/12 h.		
camientos veis				
camientos veis				
amimentos		Omeprazol 40mg Cápsula - Via Oral (Frequência 24/24h).		
amimentos veis		Opiroma 500mg/ml (Ampola de 2ml) Via EV DRETO - Diluir em 10ml de Água Destilada e Infundir entre 2 a 3 min. (Frequência 6/6h).		
amimentos veis		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 12/12h).		
amimentos veis		Tramadol 100mg/ml (Ampola de 1 ml) Via EV INFUSÃO - Diluir em 100ml de Soro fisiológico 0,9% e Infundir em 30min. (Frequência 08/08h).		
		Metoclopramida 5mg/ml (Ampola de 2ml) Via EV DRETO - 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.		
ic				

Válida das _____ do dia _____ de _____ de _____

Guilherme Cláudio Campos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 5028

DUCCOURA B Marques - OL VI GV GOM R 6014

Enfermeiro Técnico Enfermeiro Técnico Enfermeiro Técnico

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					
Hidratação					
Medicamentos Injetáveis	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 INFUÇÃO - 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 nocitricer

Supera

Dr. Paulo Salazar
 CRM 441180/DF

Elizabeth
 Enfermeira
 COREN-SE 10314-TE

Técnico
 Enfermeiro
 Enfermeiro
 Técnico

1º TURNO (19:00 - 07:00h)	2º TURNO (07:00 - 13:00h)	3º TURNO (13:00 - 19:00h)	Rubrica	Rubrica	Rubrica
SUP					
[assinatura]	1 - t				
[assinatura]	12	18			
[assinatura]	24	06			
SOS					
SOS	[assinatura]				
SOS	[assinatura]				
SOS					
SOS					
SOS					
ART					
[assinatura]	[assinatura]	[assinatura]			

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

MEDICAMENTO OU CUIDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES	1º TURNO (19:00 - 07:00h)	2º TURNO (07:00 - 13:00h)	3º TURNO (13:00 - 19:00h)	Rubrica	Rubrica
Dieta									
Hidratação									
Medicamentos Injetáveis				Solução Fisiológica 0,9% 500 ml EV 12/12 h.	SMP	SOP			
Medicamentos Injetáveis				Enoxaparina 40 mg (Seringa Prescritiva) - Via Subcutânea (Frequência 24/24h). MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA.					
Medicamentos Orais				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 6/6h).					
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 08/08h)	23:05	11	17		
Medicamentos Injetáveis				Ceftriaxona 1000mg Via EV INFUSÃO - Reconstituir em Sml de Soro Fisiológico 0,9%. Diluir em 100ml de Soro Fisiológico 0,9% e Infundir em 30min. (Frequência 12/12h).	24	08	06		
SOS				Metoclopramida 5mg/ml (Ampola de 2ml) Via EV DIRETO - diluído em 10ml de água destilada, Infundir em 3min. (Frequência 8/8h).	22	10			
SOS				Glicose 25% (10 ml) - Administrar 4 ampolas (40 ml) via EV lento. Se glicemia capilar <80 mg/dL.	SOP				
SOS				Captopril 25mg Comprimido - Via Oral Se PAS > 180 mmHg ou PAO > 110 mmHg	SOP				
SOS				SONDA VESICAL DE ALVIO	SOS				
Glicemia				Glicemia capilar 6/6h (08h, 12h, 18h, 24h) - SE DIABÉTICO / INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2U / 251-300: 4U / 301-350: 6U / 351-400: 8U / > 400: 10U.	SOS				
Fisioterapia				Fisioterapia Motora e respiratória 2 vezes ao dia					
Cuidados Especiais				Sinais Vitais e Cuidados Gerais de 6/6 h.					
					20:00	08	14		

Dr. Yamiles Brito dos Santos
 Enfermeiro
 117-02

Dr. Vinicius Sobral
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-5189 RQE-3911
 Médico

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

Dr. Adem Pochter

UNIDADE COMPARTO: **Tomaz Barreto**
 DATA DE NASCIMENTO: **04/10/1908** LEITO: **F07** REGISTRO: **1210933**

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

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

10:05 Paciente em repouso na cama
 repouso no leito. O paciente em
 uso de Sonda de jejum de 16cm
 19:30 h paciente em repouso no leito
 19:50 paciente no leito em uso de AVP + faldas de
 contatos segue sob cuidados da Equipe
 20:00 Verificação SVV + adm. SFO, 9% 500ml conforme prescrição
 médica segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem
 21:00 segue tranquila no leito
 22:00 paciente no leito repouso
 23:00 adm. Dipirona conforme prescrição médica
 24:00 Verificação SVV adm. tramadol + etofenaco conforme
 prescrição médica
 01:00 paciente tranquila repouso
 02:00 no leito sem queixas
 03:00 segue sob cuidados da Equipe
 04:00 no leito tranquila
 05:00 adm. Dipirona conforme prescrição médica
 06:00 Verificação SVV adm. morfina conforme prescrição
 06:30 paciente tranquila no leito segue sob cuidados da

Tamires Barreto dos Santos
 DATA DE NASCIMENTO: 03/10/1983 LEITO: F07 REGISTRO: J21 09 33

Data: 07/10/2020 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: tarde
 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: 07-10-2020 Noite
 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 Peto no leito, acordada, acamada, calma, em
 eiente, orientada, eufórica, afebril, acianótica, anic-
 térica, verbalizando. Em uso de hemoterapia. Em
 dieta zero aguardando chamado do C.C.
 Fernanda S. Iserim Macedo
 COREN/SE 001228107 T.E

9:00 Mas foi administrado eleazem 40mg pois
 a mesma encontra-se em dieta zero
 Fernanda S. Iserim 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 ma-
 eia em companhia de funcionária + maquiador.
 Fernanda S. Iserim Macedo
 COREN/SE 001228107 T.E

17:00 Paciente retornou do ec visto de
 grupo em companhia de funcionários e foi esta-
 bilizada no cub em uso de AVP em
 uso de 100 e foi administrado dipirona IV
 de 100mg e seguiu os cuidados
 Téc. Enfermagem
 COREN/SE 55120

18:00 Recebida a tubulação com
 e renovada a tub e verificadas suas
 veias e o incanto em uso de SVD com
 presença de clurg e seguiu em S. Situações V. II 12
 Téc. Enfermagem
 COREN/SE 55120

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

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

20:00 - Isolado reotaxapia + SSR. e Pm

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

21:30 - Ojeuado o lenche.

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. trombol + Clafalotina

03:00 - Pete. do roninolo no momento

05:00 - Adm. Dipiridona e Pm

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

06:00 - Adm. Omeprazol + Clafalotina

+ Ojeuado SSR. e Pm + retificada a

SRD. pelo o enfermeiro Tony.

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

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



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. Em 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, em uso de AV P, **Graciela Brito S. Vieira** T.E. de Enfermagem COREN-SE 1203.671

14:00 Afundado SSW, realiza curativo em MUIE **Graciela Brito S. Vieira** T.E. de Enfermagem COREN-SE 1203.671

15:00 Aceitou e digestão de lanche sup nutritiva

16:00 adm. minitrocênias de horário tramal conforme prescrição médica **Graciela Brito S. Vieira** T.E. 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 nutritiva **Graciela Brito S. Vieira** T.E. 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 as cuidados da Equipe +
 20:00 Verificado SSVV segue as cuidados da Equipe
 21:00 no leito reposando sem queixas + malena
 22:00 adm. cataplasma conforme prescrição medica +
 23:00 segue as cuidados da Equipe +
 24:00 Verificado SSVV + adm. cataplasma conforme prescrição
 medica segue as cuidados da Equipe + malena
 paciente deuseu limpeza do curativo com pouco sangui-
 mente enfermeira eiente segue as cuidados da Equipe
 01:00 paciente no leito reposando segue as 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 as 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: 02/10/1963 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: 12:15 P.M. 09/10/20 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, digo, oferecido SSVU

9:00 Administrado elixire 40mg S.C.

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

12:20 Aceitou almoço oferecido
 12:50 segue ministrando as atividades da equipe de enfermagem

13:00 Paciente se encontra no leito calma e febril em uso de AVP, em uso de soro e segue as atividades da equipe de enfermagem.
 14:10 Verificada sinais vitais e foi realizada banho no leito e troca de lençóis mais estêtils e troca de fralda e curativo e segue as atividades da equipe

15:00 Ofece o lanche devido bem a seguir as atividades

17:00 Paciente queixas 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 Receitas no tipo comum, Cronograma, Nível de
atendimento farmacológico, em uso de 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4
de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose

20.º 20.00 Receitas farmacológicas em uso de 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose

21.º 21.00 Receitas farmacológicas em uso de 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose

22.º 22.00 Receitas farmacológicas em uso de 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose

23.º 23.00 Receitas farmacológicas em uso de 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose

24.º 24.00 Receitas farmacológicas em uso de 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose, 1/2 a 1/4 de dose



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: <i>Tamires Barreto dos Santos</i>		
DATA DE NASCIMENTO: <i>04/10/2003</i>	LEITO: <i>F07</i>	REGISTRO: <i>1210933</i>

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

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

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

07:00 Paciente no leito calmo, agitado, verbalizando, orientado, em uso de AP + jralda descartável. Wedja Pereira Santos
COFEN-SE 1858744-1 E

08:00 Aflição e anetado SSV. Paciente aceita dieta ofertada pela nutrição. Wedja Pereira Santos
COFEN-SE 1858744-1 E

09:00 Administrado broncaquina SC conforme prescrição médica.

10:00 Administrado ciprofloxacino EV conforme prescrição médica. Paciente aceita banho ofertado pela nutrição.

10:30 Realizado banho de aspersão + higienizado leito. Wedja Pereira Santos
COFEN-SE 1858744-1 E

11:00 Paciente segue sem queixas no momento. Wedja Pereira Santos
COFEN-SE 1858744-1 E

12:00 Paciente aceita dieta ofertada pela nutrição. Não administrado cefalotina EV pois vencido na farmácia. Wedja Pereira Santos
COFEN-SE 1858744-1 E

12:30 Paciente saiu de Alta hospitalar de mala em companhia de familiar e funcionário. Retirada pulseira de identificação. Wedja Pereira Santos
COFEN-SE 1858744-1 E

NOME COMPLETO:

Tamires Barreto dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

07/10/2003

LEITO:

F07

REGISTRO:

1210933

S	<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 ₂	%
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 ₂ _____% <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:				
A	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			
R	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 <input type="checkbox"/> NÃO 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:				

HOSPITAL
CIRURGIA
TRANSFERÊNCIA INTERNA

NOME COMPLETO: Tamires Barreto dos Santos
 DATA DE NASCIMENTO: 04/01/2003 LEITO: F-07 REGISTRO: 1210933

S	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA INTERNA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA EXTERNA			
	SETOR DE ORIGEM: <u>CC6</u>		UNIDADE DE DESTINO: <u>F-07</u>	
	DATA: <u>07/10/20</u>		HORA:	
	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
SINAIS VITAIS: PA: <u>114x71</u> mmHg FC: <u>74</u> bpm FR: rpm T: °C RC SO ₂ : <u>96</u> %				
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 ₂ ____ % <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: <u>15</u>				
A	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	<u>07/10/20</u>	<u>gelco</u>	<u>20 MSE</u>
	SNE/SNG			
SVD				
OUTRO:				
R	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: <u>W. Hermezinda C. de Melo</u>				
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <u>CORENSE 001.228.110 - TE</u>				
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: 07/10/20	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: ELIZABETH FERRETTI COREN - 135041 - ENF
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: ESQUERDA	
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: Tamara Barreto da Silva		
Sítio cirúrgico: MI		
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: CEFAZOLINA	Dose: 2g
Terapia antibiótica: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	Medicamento:	Dose: 13:30
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: a propata	
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:

Dr. Patrícia Medeiros Pereira
Anestesiologista
CRM 2000

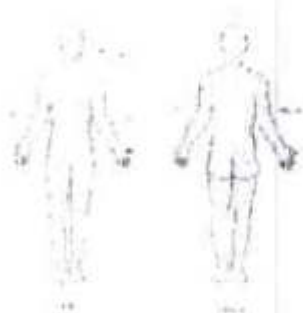
Dr. Paulo Salotti
Ortopedia
CRM 12209

Dr. Ricardo
1365050
Enfermagem

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	<input type="checkbox"/> TEMPO:
ETILISTA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		<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 não importante.</i>
	<i>Cândida Virginia Melo</i> COREN - SE 8686347 ASSINATURA	

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

EQUIPE CIRÚRGICA			PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		
CIRURGIÃO: <i>Dr Paulo Salate / Dr Guilherme</i>			<i>Anestesia 13:30</i>		
INSTRUMENTADOR: <i>Aranda / Dabon</i>			PROPOSTO: <i>Trat cirúrgico de fratura de tíbia de fêmur</i>		
ANESTESIOLOGISTA: <i>Dr Patrícia Jodinos</i>			HORÁRIO INÍCIO: <i>13:50</i>	TÉRMINO: <i>15:20</i>	(E)
CIRCULANTE: <i>Rejane</i>			MONITORIZAÇÃO		
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"/> 1ª INFUSÃO	VOLUME:	HORA:	<input type="checkbox"/> GERAL INTRAVENOSA		
<input type="checkbox"/> 2ª INFUSÃO	VOLUME:	HORA:	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA		
<input type="checkbox"/> 3ª INFUSÃO	VOLUME:	HORA:	<input type="checkbox"/> PERIDURAL COM CATETER		
ANÁTO-MOPATOLÓGICO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			<input checked="" type="checkbox"/> PERIDURAL SEM CATETER		
PEÇA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA		
OBSERVAÇÕES:			<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO		
			<input type="checkbox"/> BLOQUEIO		
			<input type="checkbox"/> LOCAL		
			POSIÇÃO CIRÚRGICA <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL		
			<input type="checkbox"/> VENTRAL		
			<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA		
			<input type="checkbox"/> LATERAL D		
			<input type="checkbox"/> LATERAL F		
			<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:

Pet admt em 50pl medicação de procedimento cirurgico, cdmo, consciente orientada, avaliando jo, em uso de AUP em KSE + preventivo, em maco, 55W, PA: 112 x 86 mmHg, FC: 72 bpm, SpO2: 96%,
 As 13:30 hrs deu-se inicio a tecnica anestésica, aqui com o agulha aqui n° 25, em indução, em seguida realizou a assépsia + abate o campo admt sem intercorrência e as 13:50 hrs deu-se inicio ao ato cirurgico. As 15:20 hrs finaliza-se o ato cirurgico, 55W, PA: 117 x 63 mmHg, FC: 96 bpm, SpO2: 99%. Paciente encaminhado p/ SRPA em uso de AUP + sonoterapia + SVD + oximé + preventivo.
 PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (ADM SSÃO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA) *Dr. Rafaela 1365050*

Dispositivos em uso: *Kit cirurgico completo e sub-epito anestésico*

<input type="checkbox"/> CATETER DE O ₂	L/MIN.	<input type="checkbox"/> MÁSCARA DE O ₂ - FIO ₂	%	<input type="checkbox"/> VMI / TOT - MODO	E FIO ₂	%
<input type="checkbox"/> MARCAPASSO		<input type="checkbox"/> CVP		<input type="checkbox"/> VMI / TOT - MODO	E FIO ₂	%
<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)

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

M^o. Hermezinda C. de Melo
 COREN/SE 001.228.110 - TE
[Assinatura]

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^a Anestesiologista
 ANESTESIA 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:** Labels for "CIRURGIA Material HASTE DE FEMUR" with handwritten numbers "309" and "444".
- Top Center:** Sterilization label for "MATERIA DE FEMUR" with handwritten numbers "345" and "710". Date: "30/09/20".
- Top Right:** Sterilization label with handwritten numbers "414" and "414". Date: "30/09/20".
- Bottom Left:** Labels for "TIPO 5" and "REITAR" with handwritten numbers "388" and "389".
- Bottom Center:** Sterilization label for "CIRURGIA Material" with handwritten numbers "03" and "03". Date: "07/10/20".
- Bottom Right:** Labels for "CIRURGIA Material" with handwritten numbers "01" and "01".



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: _____

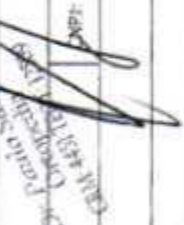
DATA DA UTILIZAÇÃO: *1 / 1*

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

HOSP AL
CIRURGIÁ
FICHA DE ANESTESIA

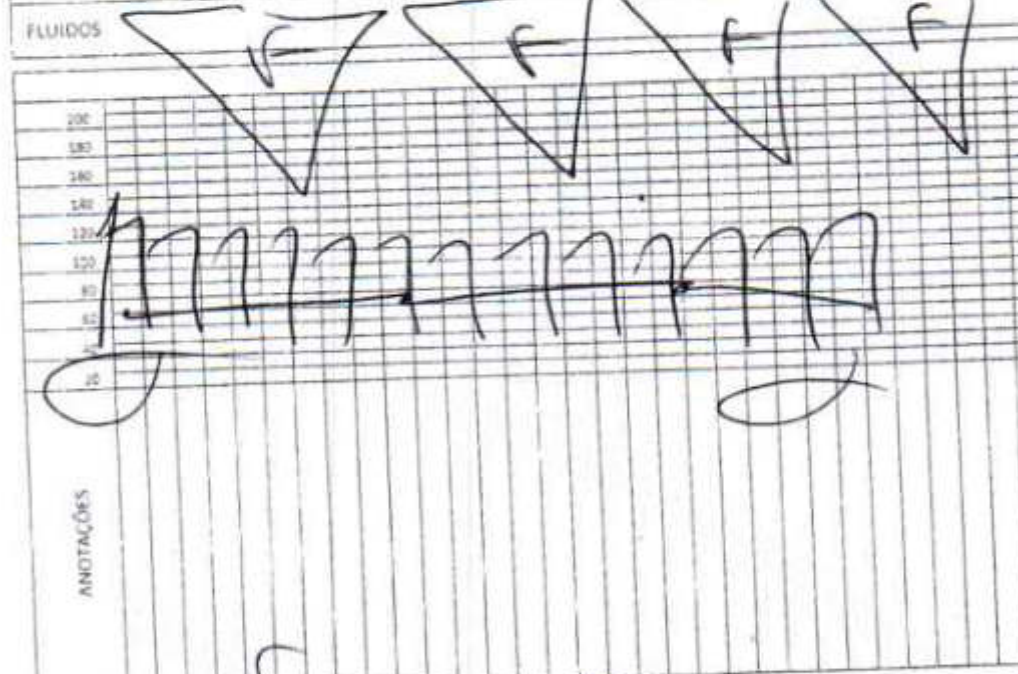
TAMIZ = Barreto Sinos

DATA DE NASCIMENTO: 04/01/03
LEITO: 1210833
REGISTRO: 1210833

SEXO: MASCULINO FEMININO
SALA OPERATÓRIA: 06
DATA DA CIRURGIÁ: 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:
CIRURGIAS REALIZADAS: Tratamento cirúrgico c/ Hb
CIRURGO CIRÚRGICO:
PRÉ-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
 TENSÍMETRO PULSO
 CAPNÓGRAFO
 RAM NÃO INVASIVA
 VENTILADOR



DROGA	CONC.	QNT.
Neomax	200	4
Isosina		
De 7	80	4
Vent	20	
Val	01	
hale	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 52122

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			
1ª AUXILIAR: Dr. Guilherme			
2ª AUXILIAR:			
3ª 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


ANTISSEPSIA:
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 eq.
- dissecção por plano do osso.
- Redução da fratura
- Resegm do canal medular
- introdução de IMH
- travamento distal com auxílio radioscópico
- interax por planos
resort...

Guilherme Chalita Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5028






FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

NOME COMPLETO: Tamires Bassato 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>11hs</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 ₂ : <u>97</u>
VENTILAÇÃO MECÂNICA:	DIAS DE VM:	MODOS:	FiO ₂ : CUFF: <u>1</u>
PARÂMETROS:			
MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA:	Cest:	Cdin:	Res:
	FiRR:	IRRS:	PaO ₂ /FiO ₂ :
	P _{insp} :	CV:	P.O ₂ :
			TRE:
*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 UABA, supnics e B. Quixos no momento</u>			
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"/> 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:
CINESIOTERAPIA:	<input type="checkbox"/> PASSIVA	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVA	<input type="checkbox"/> ATIVA ASSISTIDA
	<input type="checkbox"/> RESISTIVA	<input type="checkbox"/> SEDESTAÇÃO NO LEITO	<input type="checkbox"/> S C/ MMH PEND
	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> DRT	<input type="checkbox"/> S/L
	<input type="checkbox"/> ME	<input type="checkbox"/> DEA	
META TERAPÊUTICA: <u>Evitar complicações R.M.</u>			
		 Dra. Silve Andrade FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL CREFITO: 167677-F	
EXAME	HORA	RESULTADOS	
GAOMETRIA		pH:	PaO ₂ :
		PCO ₂ :	HCO ₃ :
		BE:	OBS:
GAOMETRIA		pH:	PaO ₂ :
		PCO ₂ :	HCO ₃ :
		BE:	OBS:
RAIO X:	OUTROS:		
DEM. V.S. ATENDIMENTOS NO TURNO:			
CONDUTA: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA			
FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL			
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 ₂ :		
VENTILAÇÃO MECÂNICA:	DIAS DE VM:	MODO:	FIO ₂ :	CUFF: 1			
PARÂMETROS:							
MONITORIZAÇÃO VENTILATORIA:	Cost:	Cdin:	Res:	IRRS:	PaO ₂ /FIO ₂ :		
	Pinsp:	CV:	PLI:	TRE:	TESTE DE CUFF:		
PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE:			<input type="checkbox"/> NÍVEL 1	<input type="checkbox"/> NÍVEL 2	<input type="checkbox"/> NÍVEL 3	<input type="checkbox"/> NÍVEL 4	
REAVALIAÇÃO: <i>paciente encontra-se cooperativo acamado, orientado, padrão respiratório misto, ritmo regular, tórax e abdômen normais, turgor epigástrico. Apresenta fratura de fêmur (E), nível 2, ach S, com limitação global para marcha. Imobilizado por AVD'S. Deixa o paciente acordado confortável com SV: PA: 110/70 mmHg, FC: 70 bpm, FR: 15 ipm, Temp: 37,3C, AP: MV+ SIRA AHTX.</i>							
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: <i>melhorar respiração pulmonar prevenir o imobilismo</i>				 Thiago Abner CREFITO 195409-F Preceptor de Fisioterapia Estácio - Fase FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL			
<i>Ernesto eunice de A. Silva</i>							
IXAME	HORA	RESULTADOS					
GASIMETRIA		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ ⁻ :	BE:	OBS:
GASIMETRIA		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ ⁻ :	BE:	OBS:
RACX:				OUTROS:			
DE MAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:							
COVIDUTA: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA				FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL			
OBS:							

107



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 ROF 3911

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO



ANTONIO DOS SANTOS

Carteira de Identidade



VALERIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.109.702-5

NOME TAMARES BARRETO DOS SANTOS

RAZÃO VILMA DE JESUS BARRETO

ANTONIO DOS SANTOS

ACTUALIZAÇÃO

TAMARINHA-PE

DOS OBRAS CT. NASCIMENTO NR 21064 LV 826 FL 170V

CART. 3.0F. DIST. DM. DE RIBEIROPOLIS/PE

CPF 114.646.045-76

DATA DE NASCIMENTO 06/01/2003

DATA DE EMISSÃO 21/08/2019

ASSINATURA DO TITULAR *Jenilson da Silva Gomes*



ASSINATURA DO AGENTE DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.118 DE 1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CORPO NACIONAL DE POLÍCIA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO - DEPT. GERAL DE IDENTIFICAÇÃO

José Romário de Jesus

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SECRETARIA GERAL 003.387 2. VILA DATA DE EMISSÃO 17/08/2016

NOME JOSÉ ROMÁRIO DE JESUS

RACIAIS

ROMÁRIO DE JESUS DE JESUS

CELESTINA NUNES DE REZENDE JESUS

NATURALIDADE

RECIFE PE/PE

DATA DE NASCIMENTO 19/05/1967

DOC. ORIGINAL NR 2353 14 01 PL 152

CPF. 0191.000.81829891/52

RG. 316.285-78

INSCRIÇÃO 1702553889

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
(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 - SERGIPA 19 DE AGOSTO DE 2021

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

Procurador
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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



Impresso por: Gregório Bezerra Silva

Data de Impressão: 16/08/2021 11:18:03

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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)

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

Atenciosamente,





Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

RIBEIRÓPOLIS DA COMARCA DE RIBEIRÓPOLIS
Praça Manoel do Carmo de Jesus, Bairro Centro, Ribeirópolis/SE, CEP 49530000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202282001163

DATA:

27/01/2023

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico que, a Petição de Contestação, inclusive documentos, juntada aos autos no dia 27/01/2023, é tempestiva, haja vista citação eletrônica considerada no dia 23/01/2023 (movimento do dia 17/01/2023), com término de prazo previsto para o dia 13/02/2023. Dou fé.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

RIBEIRÓPOLIS DA COMARCA DE RIBEIRÓPOLIS
Praça Manoel do Carmo de Jesus, Bairro Centro, Ribeirópolis/SE, CEP 49530000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202282001163

DATA:

27/01/2023

MOVIMENTO:

Ato Ordinatório

DESCRIÇÃO:

De ordem do Dr. Alex Caetano de Oliveira, Meritíssimo Juiz de Direito em Substituição na Comarca de Ribeirópolis, Estado de Sergipe, e nos termos do inciso VI, do Art. 152, do Código de Processo Civil, intime-se o Bel. Paulo Sérgio Santos Almeida, OAB/SE nº 7333, para, querendo, no prazo de quinze (15) dias, manifestar-se acerca da petição de contestação, inclusive documentos.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim