

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:

10/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321003480701

VALOR TOTAL:

2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03532

CONTA: 000000009944

Número da Autenticação

586ED2F7AACBAB11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034807

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS Data do acidente: 22/10/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA A ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 15°, abdução aos 50°, adução aos 15°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: PERICIADA VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 22/10/2020, FOI REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 01 FIO DE KIRSCHNER, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 28/10/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 08/01/2021, (INFORMADO PELA PERICIADA, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

Sequelas permanentes: Ombro Esquerdo - Intenso - 75%

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034807

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/10/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FIO DE KIRSCHNER E ALTA HOSPITALAR

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REANÁLISE DO PROCESSO, CONDUTA MANTIDA, TENDO EM VISTA A NÃO CONSTATAÇÃO DE NOVAS SEQUELAS OU, AINDA, AGRAVAMENTO DAQUELAS JÁ INDENIZADAS, EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE SOFRIDO.
*ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL EM 02/03/2021.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008146/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/01/2021 10:07:23 Data/Hora Fim: 27/01/2021 10:37:15
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 22/10/2020 22:00

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Bairro: Suissa
Logradouro: avenida Hermes Fontes
Ponto de Referência: Mc Donald's
Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 14/09/1990 Idade 30

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Aracaju - SE

Nome da Mãe: Luciene da Conceicao dos Santos

Documento(s)

CPF: 055.411.565-48

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE

Logradouro: Rua F

Nº: 48

Bairro: Conjunto Jardim

CEP: 49.160-000

Telefone: (79) 98825-1738 (Celular) (79) 99827-6648 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|--|--|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 055.411.565-48 | Placa QKV0812 |
| Renavam 01081540920 | Número do Motor KC22E1G031894 |
| Número do Chassi 9C2KC2210GR031877 | Ano/Modelo Fabricação 2016/2016 |
| Cor BRANCA | UF Veículo SE |
| Município Veículo Nossa Senhora do Socorro | Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX |
| Veículo Adulterado? Não | Situação Meio Empregado, Envolvido |
| Última Atualização Denatran 09/03/2020 | Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|-------------------------------|---------------|
| Williane Conceicao dos Santos | Proprietário |



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008146/2021

RELATO/HISTÓRICO

Relata a comunicante que no dia, local e horário acima mencionados que estava conduzindo a moto CG pela avenida, e ao reduzir para passar pela lombada, perdeu o controle de direção da moto, derrapando na pista. Sendo desta forma que chocou-se com a borda da pista. Devido ao impacto caiu no chão sofrendo fratura na clavícula esquerda e escoriações. Em seguida foi atendida pelo Samu que encaminhou-a ao hospital Nestor Piva e posteriormente foi realocada para o hospital Cirurgia onde foi submetida a cirurgia no ombro. Por fim, relatou que houve danos materiais na sua moto.

ASSINATURAS**Claudionor Maurício Dos Santos**Agente de Polícia
Matrícula 809053

Responsável pelo Atendimento

Williane Conceição dos Santos

Comunicante, Vítima

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



Prefeitura Municipal de Aracaju

C.N.P.J.: 11.718.406/0001-20

FAT: 1

Data: 22/10/2020

H. de Recepção: 23:06:00

H. de Triagem: 23:10:08

H. de Atendimento: 23:17:16

Nome do Paciente: 999255335 - WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Nasc.: 14/09/1990

Idade: 30 Anos, 1 Mês e 8 Dias

Sexo: F

CNS: 704.6076.8733.5424

Nome da Mãe: LUCIENE DA CONCEICAO DOS SANTOS

Endereço: R RUA, 48 - F

Bairro/Distr.: JARDIM

Município: 280480 - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

CEP: 49.160-000

Profissional Triagem: 8310 - IRALDO JOSE DOS SANTOS

Gestante: Não

Pressão (mmHg):

Temperatura (°C):

Peso (Kg):

Altura (cm):

Pulsção Arterial: /min

Cintura: 0 cm

P. Cefálico: 0 cm

Sat. O2 %: 0

Freq. Respiratória: 0 /min

Quadril: 0 /min

Glicemia: 0 mg/dl

Classificação de Risco: VERDE

Setor: ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Ação Programática: Nenhuma

Just. do Atendimento:

Atendimento Médico

Anamnese/Histórico da Doença Atual:

queda de moto, dor no ombro esquerdo e pé direito E ENCAMINHADA PARA O ORTOPEDISTA

Exame Físico:

ABCD NORMAL E ESCORIAÇÃO DE PÉ DIREITO

Procedimentos Realizados:

31467 03.01.06.011-8 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO

Exames Solicitados:

1 138 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR

1 188 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PÉ (DIREITO)

C.I.P.E.S.C.:

CID Principal: T140

Saida do Atendimento:

32 ALTA POR ORDEM MEDICA

Retorno (Dias)

0

Iraldo Jose
1487

Em atendimento

8310 - IRALDO JOSE DOS SANTOS

Profissional

WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Usuário

22/10/20 - sub 23:40

Acidente queda de moto no ombro esquerdo e pé direito

Reclusão e...

SD: Fratura humeral e...

ca: encaminha para...

[Handwritten signature]



Sistema Ministério
Único de da
Saúde 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

WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704607687335424

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/09/1990

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. X 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1214977

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

LUCIENE DA CONCEICAO DOS SANTOS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOSE ALVES DOS SANTOS / PAI

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

AVENIDA PERMETRAL H Nº1123

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOSSA SENHORA DO SOCORRO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49160000

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

79

TELEFONE

996934854

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

79

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Injúria da mão direita. FF. Torção

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Atorção

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

Rx. Fr. Torção

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do clavículo

24 - CID 10 PRINCIPAL

S420

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atorção

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01108010150

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

120151308

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. João

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

23.10.2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

28/10/20

Dr. Arianna F. Malta
CRM: 5026
Suplente Médico - SES

282010032579-0

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? Não
 DATA: 23/10/2020 15:40:21 LEITO: F13 - Ala F
 TIPO: Urgência
 CONVENIO: SUS INTERNO
 PROFISSIONAL:4451-PAULO MÁRCIO DE CARVALHO SALOTTI

 PACIENTE CARTÃO SUS:704607687335424

ATENDIMENTO:1214977
 NOME: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS
 ENDERECO: J (Conjunto João Alves)AVENINº: 1123
 BAIRRO: Taiçoca de Fora UF:SE CEP:49160000
 CIDADE: Nossa Senhora do Socorro CPF 05541156548
 FONE: 96934654 R.G: 22427724
 DATA NASC.:14/09/1990 IDADE:30 SEXO:Feminino
 EST.CIVIL :Solteiro PROFISSÃO
 NOME DO PAI:JOSE ALVES DOS SANTOS
 NOME DA MAE:LUCIENE DA CONCEICAO DOS SANTOS

 RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:JOSE ALVES DOS SANTOS/PAI
 ENDERECO:
 BAIRRO: CIDADE: UF:

 DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S42.0-Fratura da clavícula
 ORIGEM: Nossa Senhora do Socorro
 DIAS INTERNAMENTO:2
 PROC.SUS: 040801015-0 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Clavícula
 AIH.:

Alta 28/10

Kit OK
 per OK
 pre OK

| | | |
|--------------------------------------|--------|----------------------|
| NOME COMPLETO: Willeen v da Silva | | |
| DATA DE NASCIMENTO: 07/09/1990 | LEITO: | REGISTRO: 1211982 |

| | |
|--------------|--|
| DIAGNÓSTICOS | |
| CONDUITAS | |

Data e hora | Evoluções dos médicos assistentes; intervenções dos médicos consultores chamados e apoiar a assistência dos médicos plantonistas nas intercorrências e dos médicos residentes e internistas nas intervenções supervisionadas.

03/10/2020 # Willeen
 H1) - Fratura distal @
 C1) - Willeen

Dr. Paulo Roberto
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PR 4887 / CIMA-SE 5303

24/10/20
 Ponto com Fratura da clavícula @
 sem ferida
 C1) - Aguarda colarinho

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PR 4887 / CIMA-SE 5303

25/10/20
 Ponto com Fratura da clavícula @
 sem ferida
 C1) - Aguarda colarinho

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PR 4887 / CIMA-SE 5303

25/10/20
 # Willeen conclui #

Põe o curativo metálico no local, e expõe a necrose
 devida ao ferimento

ACDIAT

ADMV@ SIM

ABPHM@

PA = 120 x 80 mmHg

FC = 89 bpm

PA = 161 mm

T = 36.2

concl: lesões em nível médio de
energia osteoquímica

requerendo mais energia (p. células
endotóxicas)

PM 3218

DA¹⁰ AMMA

26/10/20

Paciente vítima de queda de moto com dor em ombro @ com fratura da
clavícula @, sem quises no momento.

Cd = Aguarda laboratório e cirurgia

NOME COMPLETO:

Williane Conceição dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

14/09/1991

LEITO:

F13

REGISTRO:

1214977

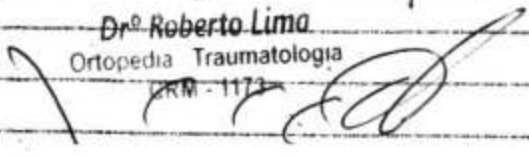
EXAME FÍSICO

EXAME LABORATORIAIS

Evolution dos médicos assistentes; intervenções dos médicos consultores chamados a prestar a assistência, dos médicos plantonistas nas intercorrências e dos médicos residentes e internistas nas intervenções supervisionadas.

28/10/20 Paciente portadora de fratura da clavícula esquerda.
Submetida a redução cirúrgica com fixação-fio de Kirschner.

Dr. Roberto Lima
Ortopedia Traumatologia
CRM - 1172



28/10/20

1.º Toe de RA de E da clavícula ⊕

Paciente sem queixas no momento.

Cd: Arn Kirschner

Dr. Vicius Sobral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5189 RQE 3911



PRESCRIÇÃO MÉDICA

F-13

NOME COMPLETO: William C. da Silva
 DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1990 REGISTRO: 1211858

| | 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 |
|---------|---|-----------------|-----|------------|-------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------|
| ação | | Orta oral livre | | | | SAD | | | |
| amentos | Solução Fisiológica 0,9% 500 ml EV 12/12 h. | | | | | 20 | 08 | | |
| amentos | Tramadol 100mg/ml (Seringa Preenchida) - Via Subcutânea (Frequência 24/24h). MEDICAMENTO DE ACTA VIGILÂNCIA. | | | | | | | | |
| amentos | Omeprazol 40mg Cápsula - Via Oral (Frequência 24/24h). | | | | | | | | |
| amentos | Dipirona 500mg/mL (Ampola de 2mL) Via EV DIRETO - Diluir em 18mL de Água Destilada e infundir entre 2 a 3 min. (Frequência 5/6h). | | | | | 06 | | | |
| amentos | 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). | | | | | 23 05 | 11 | | |
| amentos | Framadol 100mg/ml (Ampola de 1 mL) Via EV INFUSÃO - Diluir em 100mL de Soro Fisiológico 0,9% e Infundir em 20min. (Frequência 06/06h). | | | | | 24 | 10 | | |
| amentos | Metoclopramida 5mg/ml (Ampola de 2mL) Via EV DIRETO - diluído em 10ml de água destilada, infundir em 3min. (Frequência 08/08h). | | | | | SOS | 08 | | |
| amentos | Glicose 25% (10 mL) - Administrar 4 ampolas (40 mL) via EV lento. Se glicemia capilar <80 mg/dL. | | | | | SOS | | | |
| amentos | Captozem 25mg Comprimido - Via Oral Se PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg | | | | | SOS | | | |
| amentos | SONDA VESICAL DE ALÚVIDO | | | | | SOS | | | |
| amentos | Glicemia capilar 6/6h (06h; 12h; 18h; 24h) - SE DIABÉTICO / INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA: 200-250 7UI / 251-300 4UI / 301-350 6UI / 351-400 8UI / > 400 10UI. | | | | | ATT | | | |
| amentos | Fisioterapia respiratória 2 vezes ao dia | | | | | Fino | | | |
| amentos | Sinais vitais e Cuidados gerais de 6/6 h. | | | | | 22 104 | 10 | | |

Assinatura Médica: [Assinatura] Enfermeiro: [Assinatura]
 Validade das _____ do dia _____ de 2023
 as 18:59 do dia _____ de 2023

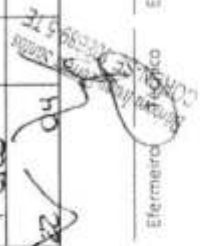
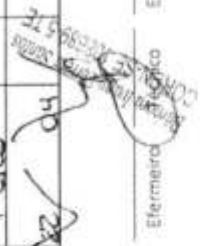
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME COMPLETO:
WILLIANE CONCEIÇÃO DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO:
14/09/1990
LEITO: **F13**
REGISTRO: **1214977**

| | MEDICAMENTO OU CUIDADO | FORMA | VIA | FREQUÊNCIA | OBSERVAÇÕES |
|-------------------------|---|-------|-----|------------|-------------|
| Dieta | Dieta oral livre | | | | |
| Hidratação | Solução Fisiológica 0,9% 500 ml EV 12/12 h. | | | | |
| Medicamentos Injetáveis | | | | | |
| Medicamentos Injetáveis | | | | | |
| Medicamentos Orals | 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). | | | | |
| 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 12/12h). | | | | |
| 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 > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg | | | | |
| SOS | SONDA VESICAL DE ALÚVIO | | | | |
| 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. | | | | |

Válida das 19:00 do dia 16/10/20
at 18:59 do dia 17/10/20

 Médico
 Enfermeiro

 Enfermeiro Técnico
 Enfermeiro

 Greteilda Eulide S. Viana
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 120087
 Greteilda Eulide S. Viana
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 120087

1º TURNO (19:00 - 07:00h) Rubrica SMD
2º TURNO (07:00 - 13:00h) Rubrica
3º TURNO (13:00 - 19:00h) Rubrica

17
16
SOS
SOS
SOS
SOS
ATT
Fisio
16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME COMPLETO: **William Conceição dos Santos**
 DATA DE NASCIMENTO: **14/09/1990** LEITO: **13** REGISTRO: **F13 1214977**

| MEDICAMENTO OU CUIDADO | FORMA | VIA | FREQUÊNCIA | OBSERVAÇÕES | 1º TURNO (19:00 - 07:00h) | Rúbrica | 2º TURNO (07:00 - 13:00h) | Rúbrica | 3º TURNO (13:00 - 19:00h) | Rúbrica |
|--|-------|-----|--|-------------|------------------------------|---------|------------------------------|---------|------------------------------|---------|
| DIETA LIVRE | | | | | | | | | | |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml. USO: EV. 28 gts/min | | | 1º E 3º SORO | | SND | | | | | |
| SORO GLUCOSADO 5% 500ml. USO: EV. 28 gts/min | | | 2º E 4º SORO | | SND | | | | 500 | |
| CEFALOTINA 1g VIA EV DIRETO | | | DILUIR EM 10ml DE ÁGUA DESTILADA E INFUNDIR em 3 a 5 min, de 6/6 horas | | SND | | | | | |
| DIPIRONA 500mg/ml (AMPOLA de 2ml) | | | VIA EV DIRETO - DILUIR em 18 ml de ÁGUA DESTILADA e INFUNDIR de 3 a 5 min, de 6/6 horas | | SND | | | | | |
| TRAMADOL 100mg/ml (ampola de 1ml) | | | Via EV INFUSÃO - DILUIR em 100ml de SORO FISIOLÓGICO 0,9% e INFUNDIR em 30 min, de 8/8 horas | | SND | | | | | |
| OMEPRAZOL 40mg | | | Via EV DIRETO - reconstituir com seu próprio diluente e infundir em 3 min., diariamente | | SND | | | | | |
| ENOXAPARINA 40 mg (seringa preenchida) | | | Via SUBCUTÂNEA, de 24/24 horas | | SND | | | | | |
| METOCLOPRAMIDA 5 mg/ml (ampola de 2ml) | | | VIA EV DIRETO - diluir em 10 ml de ÁGUA DESTILADA e, infundir em 3 min | | SND | | | | | |
| CETOPROFENO 100mg | | | Via EV Infusão - Reconstituir em 5ml de Soro Fisiológico 0,9%. DILUIR em 100ml de Soro fisiológico 0,9% e Infundir em 20 min, de 12/12 horas | | SND | | | | | |
| SONDA VESICAL DE ALVÍO | | | | | | | | | | |
| Sinais Vitais e Cuidados Gerais de 6/6 h. | | | | | | | | | | |

Drº Roberto Lima
 Ortopedia - Traumatologia

CRM - 1173

João Victor Santos
 COREN-SE 1203581 - ENF

Médico

Enfermeiro

Válida das ____ de ____ do dia ____

às 18:59 do dia ____

(Handwritten signatures and stamps)
 Associação de Profissionais de Saúde de Santos
 Sindicato dos Enfermeiros de Santos
 COREN-SE 1203581

(Handwritten signature)
 Associação de Profissionais de Saúde de Santos
 Sindicato dos Enfermeiros de Santos
 COREN-SE 001.186.709

NOME COMPLETO:

Williane Lourenço dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

34.09.90

LEITO:

F03

REGISTRO:

1234977

| | | | |
|---|----------|--|--|
| Data: 23.10.20 | 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: Tarde | | LOCOMOÇÃO: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obeso | |
| CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input 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: Noite | | LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado | |
| COMPANHIA: <input checked="" type="checkbox"/> Desacompanhado <input 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 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 | |

16:30 Paciente admitida na sala proveniente da unidade ortopédica, com subaorta, hérnia, acalcul no local com haste e mantida no tempo e espaço, realizando seguimentos cuidados da equipe. Liliane Soares Braga
Téc. de Enfermagem
CORENSE 882129

Ats Realizado acesso em 20 perficuo com fio 20 Liliane Soares Braga
Téc. de Enfermagem
CORENSE 882129

em MSD + Administrado Dipirona prosato Liliane Soares Braga
Téc. de Enfermagem
CORENSE 882129

Aperto Luvas esteril Liliane Soares Braga
Téc. de Enfermagem
CORENSE 882129

Ises Bateria Lide retirada pelo SMD Liliane Soares Braga
Téc. de Enfermagem
CORENSE 882129

Segu aos cuidados da equipe Liliane Soares Braga
Téc. de Enfermagem
CORENSE 882129

14:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, orientada, consciente, efebril. Em uso gelco hidrolisado.

21:00 Paciente recebeu o lanche oferecido.

22:00 Administrado, letoprolina 100 mg + 100 ml SFO, com controle de parâmetros vitais. Verificado os SIVV.

23:00 Administrado, Dipirona 2ml + 18ml 100, com controle de parâmetros vitais.

24:00 Administrado, Frazal 100 mg + 100 ml SFO, com controle de parâmetros vitais.

03:00 Paciente no leito sem guaxina.

04:00 Verificação os SIVV. Score 0.

05:00 Administrado, Dipirona 2ml + 18ml 100, com controle de parâmetros vitais.

06:00 Administrado, Omeprazol 40 mg VO, com controle de parâmetros vitais.

06:30 Seque 200 curas da de externa.

Joselice de Andrade

 Técnico de Enfermagem
CORENSE 001.186.709

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO:

Williane Conaças dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

14.09.90

LEITO:

F13

REGISTRO:

1314777

| | | |
|--|--|---|
| Data: 2.10.20 | Turno: tarde | LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| COMPANHIA: <input checked="" type="checkbox"/> Desacompanhado <input 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 | |
| Turno: Tarde | LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado | |
| COMPANHIA: <input checked="" type="checkbox"/> Desacompanhado <input 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 | |
| Turno: 24/10/2020 noite | LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível | |

07h Paciente no leito, tranquila, apresenta afétil ao toque consciente e orientada a tempo e espaço com RUP em verificação para no momento em questão, segue aos cuidados da equipe

07:30h Deixou de beber água pelo SVD Liliane Santos Braga
Sec. de Enfermagem -
CORENSE 862129

08h Administrado banho 200mg conforme prescrição

Instalado novo psicólogo presente

10h Apoiado em cadeira Liliane Santos Braga
Sec. de Enfermagem -
CORENSE 862129

Administrado medicamento 200mg presente

Deixou de beber água pelo SVD

11h Administrado dipirona de 300mg Liliane Santos Braga
Sec. de Enfermagem -
CORENSE 862129

11:30h Encaminhada ao banho de aspersão

12h Deixou de beber água pelo SVD Liliane Santos Braga
Sec. de Enfermagem -
CORENSE 862129

Segue aos cuidados da equipe

15:15h Deixou de beber água pelo SVD Liliane Santos Braga
Sec. de Enfermagem -
CORENSE 862129

16h Administrado banho 200mg de horário Liliane Santos Braga
Sec. de Enfermagem -
CORENSE 862129

17h Administrado dipirona 200mg presente

18h Deixou de beber água pelo SVD Liliane Santos Braga
Sec. de Enfermagem -
CORENSE 862129

Segue aos cuidados da equipe

19:00h Paciente no leito, acompanhada de familiares, em uso de RUP individualizado, sem queixas, segue aos cuidados da enfermagem Barbara Jéssica Correia Santos
CORENSE 100889-5 TE

20:00h Deixou de beber água

21:00h Administrado banho pela nutricionista Barbara Jéssica Correia Santos
CORENSE 100889-5 TE

22:00h - Fez do SVD

23:00h (dipirona) Adm dipirona 200mg, cito prefere RUP, conforme P.O.

P.O.

24:00h Adm Curamal RUP, conforme P.O. Barbara Jéssica Correia Santos
CORENSE 100889-5 TE

04:00y servicio SSVU

05:00y para. chupona KV, conforme POA

06:00y para. Ore cruzal, conforme POA

Nota: se que con los datos de equi se

24:00 Administração, frímal 100 mg + 100 ml SFO.
Continua com prescrição médica.

03:00 Paciente no leito dormindo sem queixas

04:00 Verificação de SVP, SCS e O.

05:00 Administração D₁₂ 20 mg 2ml + 18 ml D₁₂
continua com prescrição médica.

06:00 Administração omeprazol 40 mg VO, continua com
prescrição médica.

06:30 Segue aos cuidados da enfermagem

Joselice de Andrade
Técnica de Enfermagem
COREN-SE 001.186.709

23:00 Adm. dipirona 2x, conforme PDI

24:00 Yda. Anal. renal 2x, conforme PDI. Instalação do SPO₂, 50aul, conforme PDI

Realizado novo, sup. em gelo 20

04:00 ferida do SSV

05:00 Adm. dipirona 2x, conforme PDI. Paciente encaminhado para banho de aspersão

06:00 Adm. ampicilina, conforme PDI

Paciente em dieta zero para procedimentos anti-que, aguardando chamado do CC



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

| | | |
|---|----------------------|-----------------------------|
| NOME COMPLETO: <i>William Concial dos Santos</i> | | |
| DATA DE NASCIMENTO: <i>14.09.1990</i> | LEITO: <i>113</i> | REGISTRO: <i>1214927</i> |

| | | |
|--|--|---|
| Data: <i>27.10.20</i> | Turno: <i>Manhã</i> | LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| COMPANHIA: <input checked="" type="checkbox"/> Desacompanhado <input 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 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: <i>tarde</i> | LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| COMPANHIA: <input checked="" type="checkbox"/> Desacompanhado <input 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 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: <i>noite</i> | LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| COMPANHIA: <input checked="" type="checkbox"/> Desacompanhado <input 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 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 |

07:10 Paciente no leito em decúbito dorsal, despido, afébril, em uso de AOP + nasoterapia, em dieta zero

Graziela Ennio S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

08:10 Adm. tramadol 100 mg / 100 ml, mantendo dieta zero, sonda do SFO 94. C.p.m

Graziela Ennio S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

09:10 Paciente mantendo zero em aguardo CC

Graziela Ennio S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

10:10 Afébril SSVU, adm. Cetoprofeno 100 mg c.p.m

Graziela Ennio S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

11:10 Adm. micococais de presença bipiruvato 2.8 ml c.p.m

12:00 Em dieta zero aguardando procedimento cirúrgico

13:10 Segue aos cuidados de enfermagem em dieta zero

13:15 Paciente no leito tranquilo, despido afébril acéptico consciente e orientado em tempo e espaço, no momento em espera de dieta zero aguardando CC

William Concial dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

14:10 Afébril, sinais vitais estáveis

Encaminhado ao CC

18:05 Paciente retorna do CC, acordado orientado e consciente, segue aos cuidados de enfermagem

William Concial dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

19:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, despido, consciente, afébril, em uso de dieta zero

21:00 Paciente recebeu o lanche e continuou em dieta zero

22:00 Verificação dos SSVU. Administração de cetoprofeno 100 mg + 100 ml SFO 94, contendo tramadol 100 mg

23:00 adm. micococais, bipiruvato 2 ml + 18 ml B2, em uso de dieta zero

24:00 adm. micococais, cetoprofeno 100 mg + 100 ml SFO 94

10:00 EV + 100 ml SFO 94, contendo tramadol 100 mg

11:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, despido, consciente, afébril, em uso de dieta zero

04:00 Verificação de SIV. Sinais vitais.
05:00 Administração de P.O. 2ml + 18 ml H₂O
contar na presença médica.
06:00 Administração de Etanol 1g + 10 ml em 10ml
07:00 Administração de Etanol 1g + 10 ml em 10ml
08:30 Receber os resultados do exame de urina.

Joselice de Andrade
Técnico de Enfermagem
COREN-SE 001.186.709



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO:

William Conceição dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

14.05.1990

LEITO:

F13

REGISTRO:

1214977

| | | |
|---|--|---|
| Data: 08.10.20 | Turno: Manhã | LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| COMPANHIA: <input checked="" type="checkbox"/> Desacompanhado <input 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"/> Incessível | |
| 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"/> Incessível | |
| 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"/> Incessível | |

07:00 Paciente no coto, calma, verbalizando, empneid, afimil em uso de AUP + pro terapia, 1º DPD

08:00 Acitão a dieta para rubricas frugal 100 mg / 100 ml SF 0,9%

09:00 adm. Enoxaparina 40mg sc. p.p.m, realizada banho de asseio, de coteq hospitalar aguardando transporte, realizada curativos sob orientacao medica 1º DPD, enfermeira

10:00 ferida SSVU, adm. micococais de feridas Citoprosteno 100mg/ml SF 0,9% c.p.m

11:00 Renovado soro Glicosado 5% conforme p. medica adm. micococais Diphene 2:8ml c.p.m

12:00 adm. micococais efabine 1g c.p.m, acitão a dieta para rubricas

12:30 Segue aos cuidados de enfermagem aos cuidados de enfermagem

13:00 alta medic de alta em companhia de familiares

Graciela Elaine S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671


Graciela Elaine S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

Graciela Elaine S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

Graciela Elaine S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

Graciela Elaine S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

NOME COMPLETO: **Willian Lomeiro dos Santos**
 DATA DE NASCIMENTO: **84/09/1990** LETO: **F33** REGISTRO: **3282974**

| | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|----------------------------|
| S | <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA INTERNA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA EXTERNA | | | |
| | SETOR DE ORIGEM: E.C.G. | | UNIDADE DE DESTINO: F33 | |
| | DATA: 24/10/2020 | | HORA: | |
| | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Quilomatosos e leucocitose com fígado | | | |
| B | SINAIS VITAIS: PA: 117x73 mmHg FC: 83 bpm FR: rpm T: PC SO ₂ : 97% | | | |
| | NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> TORPOROSO <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> SÉDADO | | | |
| | 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: _____ | | | |
| A | <input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA <input type="checkbox"/> ALERTA PACIENTE CRÍTICO <input type="checkbox"/> OUTRO: | | | |
| | GLASGOW: 14 | | | |
| | 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 | CVP MSD n° 2016/16 | | |
| SNE/SNG | | | | |
| SVD | | | | |
| OUTRO: | | | | |
| R | MELICAMENTOS POR INFUSÃO CONTÍNUA: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> DROGA VASCATIVA <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> NPY <input type="checkbox"/> ELETRÓLITOS | | | |
| | ISOLAMENTO: <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 PULSEIRA DE RISCO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA | | | |
| EXAMES PENDENTES: <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | | | | |
| QUAIS: <input type="checkbox"/> RX <input checked="" 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: | | | | |
| ENFERM DO SETOR DE ORIGEM: | | ENFERM 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: | | | | |

HOSPITAL CIRURGIA
TRANSFERÊNCIA INTERNA

NOME COMPLETO: *Williane Conceição do Santos*
 DATA DE NASCIMENTO: *14/09/90* LEITO: *F13* REGISTRO: *12149427*

| | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|----------------------------|
| S | <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA INTERNA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA EXTERNA | | | |
| | SETOR DE ORIGEM: <i>Ala F</i> | | UNIDADE DE DESTINO: <i>EC</i> | |
| | DATA: <i>24/10/2020</i> | | HORA: <i>14:30</i> | |
| | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: | | | |
| SINAIS VITAIS: PA: <i>830/90</i> mmHg FC: <i>80</i> bpm FR: <i>18</i> rpm T: * °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 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> | | | | |
| 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 | <i>26/10</i> | <i>CVP</i> | |
| | SNE/SNG | | | |
| | SVD | | | |
| OUTRO: | | | | |
| 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"/> ELETRÓLITOS | | | |
| | ISOLAMENTO <input type="checkbox"/> SIM TIPO: <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> PRECAUÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | | | |
| | RISCOS CLÍNICOS AVALIADOS: <input type="checkbox"/> QUEDA <input 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 type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA | | | | |
| EXAMES PENDENTES: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM | | | | |
| IGUAIS: <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: | | | | |
| ENFº DO SETOR DE ORIGEM: | | ENFº 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | | |
| EQUIPE RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE: | | | | |

CHECK-LIST DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA PERI-OPERATÓRIA
PRÉ-OPERATÓRIO:

| | | |
|--|--|---|
| DATA DA CIRURGIA: <i>27/10/2020</i> | SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino | Lateralidade demarcada com alvo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> NA |
| Pulseira de identificação: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Retirada de adornos ou próteses: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input 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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input 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 | |

 Assinatura e carimbo:
João V. C. Santos
 COREN-SE 583128-1/ME

SIGN IN - ANTES DO INÍCIO DA ANESTESIA: Hora: : 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: | |
| 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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Tipagem sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |

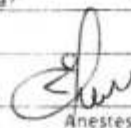
TIME OUT - ANTES DA INCISÃO: Hora: : h

| | | |
|---|--|--|
| 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: | | |
| Sítio cirúrgico: <i>MSG</i> | Lateralidade: <input 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: <i>kefazol</i> | Dose: <i>2g</i> Horário: <i>15:00</i> |
| Terapia antibiótica: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA | Medicamento: | Dose: Horário: |
| Materiais e equipamentos disponíveis e funcionantes? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Conduta: | |
| Equipe cirúrgica completa: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Conduta: | |

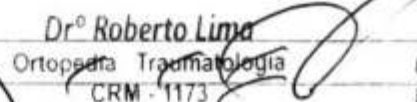
SIGN OUT - ANTES DA SAÍDA DA SALA OPERATÓRIA: Hora: : h

| | | |
|---|--|--|
| Procedimentos cirúrgicos: | | |
| 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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | |
| Houve intercorrências intra-operatórias? <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: | |

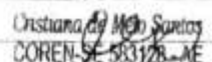
Assinatura e carimbo:


 Anestesiologista

CRP 3505


 Dr. Roberto Lima
 Ortopedia Traumatologia
 CRM - 1173

Cirurgião/Auxiliar


 Cristiana de Melo Santos
 COREN-SE 583128-1/ME

Enfermeiro

Williane Loureiro dos Santos

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA - SAEP

DATA DE NASCIMENTO: 14/09/1990 LITCE: F-13 REGISTRO: 1214944

SEXO: MASCULINO FEMININO DATA DE ADMISSÃO: 28/10/20 DATA DA CIRURGIA: 27/10/20

CONFIRMAR A SOLICITAÇÃO RESERVA DE SANGUE SIM NÃO VOLUME: VAGA DE UTI SIM NÃO

PREPARO JEJUM A PARTIR HORÁRIO 00:00 DATA: 26/10/20 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

RETRAIR PRÓTESES E ADORNOS PRÓTESE DENTÁRIA LENTES DE CONTATO JÓIAS GRAMPOS OUTROS:

ALERGIA CONHECIDA NÃO SIM QUAL(S):

HÁBITO DE VIDA TABAGISTA SIM NÃO TEMPO: STILISTA SIM NÃO TEMPO:

PAI SADO CIRÚRGICO NÃO SIM QUAL(S):

DOENÇAS ATUAIS HAS ICC IAM AVC DM NEO DPOC IRC ITU NÃO

FAZ USO DE MEDICAMENTOS? NÃO SIM QUAL(S):

REGISTRO DE ENFERMAGEM (ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE)

HORÁRIO: 14:34

Paciente admitido na SR-PA, em uso de máscara procedente do setor de origem, em ato de funcionamento, a ser submetido a procedimento cirúrgico monitorizado $fc = 107$ $SpO_2 = 98$ Pulso = PA = 121 x 76

M^{te} Hermezinda C. de Melo
COREN/SE 001.228.110 - TF
Assinatura

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

| EQUIPE CIRÚRGICA | | | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO | |
|--|---------------|-------|---|--------------------------|
| CIRURGIÃO | Roberto Lima | | PROPOSTO: | Red. cirúrgica e fixação |
| INSTRUMENTADOR: | André; Kleber | | HORÁRIO INÍCIO | 15:00 |
| ANESTESIOLOGISTA: | E. Thiene | | TÉRMINO: | 15:15 |
| CIRCULANTE: | Mestepre | | 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"/> GERAL INTRAVENOSA | |
| <input type="checkbox"/> 1 ^ª INFUSÃO | VOLUME: | HORA: | <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA <input type="checkbox"/> PERIDURAL COM CATETER | |
| <input type="checkbox"/> 2 ^ª INFUSÃO | VOLUME: | HORA: | <input type="checkbox"/> PERIDURAL SEM CATETER | |
| <input type="checkbox"/> 3 ^ª INFUSÃO | VOLUME: | HORA: | <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> FEDOÇÃO | |
| ANÁTO MOPATOLÓGICO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL | |
| PEÇA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | POSIÇÃO CIRÚRGICA <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL | |
| OBSERVAÇÕES: | | | <input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA <input type="checkbox"/> LATERAL D <input type="checkbox"/> LATERAL F | |
| | | | <input type="checkbox"/> OUTRAS | |
| | | | LOCAL PARA PLACA DISPERSIVA | |
| | | | INCISÃO CIRÚRGICA - LOCAL: HSC | |
| | | | CURATIVO - TIPO E LOCAL: oclusivo | |

REGISTRO DE ENFERMAGEM (OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS)

14:55

15:20

Paciente admitido na S.O. para submeter-se a ato cirúrgico: abscesso apendicilar, supúrico, cefálico. Em uso de sedotrópico com exereses FX. Realizado teste s/p + ato cirúrgico - SSUV: PA - 135 x 74 mmHg; FC - 74 bpm; SpO_2 - 99%. Paciente encaminhado para SRA, após ato cirúrgico.

Assinatura
Cristiano de Melo Santos
COREN-SE 583128-AE

PÓS-OPERATÓRIO MÉDICO (ALM. S.S. NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - SRPA) em uso de sedotrópico com exereses FX.

CATETER DE O₂ LAMI 99%
 MÁSCARA DE O₂ - 73 bpm
 VMI / TQT - MODO 62%
 MARCAPASSO
 CVP
 VMI / TQT - MODO
 E FIO₂ %
 AAC
 CATETER PERITONEAL
 SVD
 Sonda GÁSTRICA / ENTERAL
 DISTOMIA
 FRALDA
 DRENO DE SUÇÃO
 DRENO DE PEN ROSE
 DRENO TORÁCICO


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


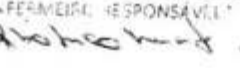
HORARIO: 15:23 - Paciente admitido na SRPA sobre efeito anestésico após ato cirúrgico com pontos curtos com pleto em uso de CVP MSD + sedotrópico. Gas SSUV PA - 87 x 73 mmHg. FC - 83 bpm, SpO_2 - 96%.

DESTINO/ALA:  ASSINATURA

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALÖRET E KRÖLIK - IAK

| IAK - PACIENTE ADULTO (VALOR MÍNIMO PARA ALTA DE 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 | | | | | |
| HORARIO DE ALTA SRPA: 16:50 | UTI <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> | TOTAL: | | | | | |


 Médico
 CRM - SE 4276

ANESTESISTA RESPONSÁVEL: 
 ENFERMEIRA RESPONSÁVEL: 

NOME COMPLETO: *Williane Benedito dos Santos*
 DATA DE NASCIMENTO: *14/09/90* LÍDIO: *F13* REGISTRO: *0214977*

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: *Red. aneurisma el fixação HSG*
 CIRURGIÃO: *Roberto Lima*
 ENFERMEIRO: *Priscila i. Pires*
 ANESTESIOLOGISTA: *Esther re*
 CIRCULANTE DE SALA: *Bristowup*
 INSTRUMENTADOR: *Archiep; Kleber*
 DATA: *27/10/2020*
 SALA CIRÚRGICA: *07*

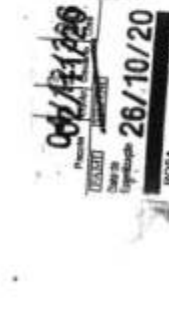
GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO:



396
 Nº de Log: *396*
 Inscrição: *396*
 Método de esterilização: *396*
 Autoclave: *396*
 Profissional: *396*



396
 Nº de Log: *396*
 Inscrição: *396*
 Método de esterilização: *396*
 Autoclave: *396*
 Profissional: *396*



26/10/20
 Nº de Log: *26/10/20*
 Inscrição: *26/10/20*
 Método de esterilização: *26/10/20*
 Autoclave: *26/10/20*
 Profissional: *26/10/20*

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

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

TIPO DE SOLICITAÇÃO

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|---------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR | | <input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | | <input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS | | <input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA | | <input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL | | <input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO | | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | | |
| <input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS | | <input type="checkbox"/> 12 - UTI II | | PROCEDIMENTO 1 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE | | <input type="checkbox"/> 13 - UTI III | | PROCEDIMENTO 2 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA | | <input type="checkbox"/> 14 - OUTROS | | PROCEDIMENTO 3 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | <input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I | | PROCEDIMENTO 4 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | <input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH | | <input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS | | <input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA | | <input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE | | <input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE | | | | |
| <input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO | | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | | | | |
| MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>Dr. Roberto Lima</i> Ortopedia Traumatologia CRM - 1173 | | | DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO) | | | DATA DA SOLICITAÇÃO | | |

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

| | | | |
|---|--|--|--------------------------|
| DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO | | | |
| <p style="font-size: 1.2em;">Dl Pio de Kerschmer 25</p> | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES | | | |
| TRATAMENTO | | | |
| PROCEDIMENTO AUTORIZADO | | | |
| DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO | | | |
| AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | MOTIVO DA REJEIÇÃO | |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO | | | |
| MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) | | MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) | CPF / MÉDICO AUTORIZADOR |
| MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO) | | | |



FICHA DE CONSUMO SALA CIRÚRGICA -

NOME COMPLETO: *Wellyne Bonfácio dos Santos*
 DATA DE INSCRIÇÃO: *14/09/90* UNID: *F13* REGISTRO: *1214977*

CIRURGIA REALIZADA: *Red. cirurgia eiv* DATA: *27/10/2020* CONVÊNIO: *SUS*
 CIRURGIÃO: *Roberto Urme*
 2ª AUXILIAR:
 2ª AUXILIAR:
 ANESTESIOLOGISTA: *Ethiene*
 ANESTESIA: *Sedação + local*
 CIRCULANTE: *Instipip*

| MEDICAMENTOS | QNT | MEDICAMENTOS | QNT |
|--|-----|---|-----|
| ÁCIDO DO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG/3ML | | ENOXAPARINA 40 MG/0.4 ML | |
| ÁGUA DESTILADA 10L | | EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML | |
| ATRIOLARONA | | ETILEFRINA (EORTIL) 10MG/ML | |
| ATRACURIO 25 MG / 5 ML | | FENTANIL | |
| ATROPINA 0,25MG/ML | | HIOSCINA (BUSCOPAN) ESCOPOLAMINA 20 MG / ML | |
| B-CABOINATO DE SÓDIO 8,4% 10ML | | INSULINA - NI H 10ML <input type="checkbox"/> RECLAF <input type="checkbox"/> | |
| BLPIVACAINA (NEOCAINA) C/ VASO 1.200.00 20ML | | IMPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG/120ML | |
| BLPIVACAINA (NEOCAINA) S/ VASO 0,5% / 20ML | | IOXITALAMATO DE MEGLIUMINA (TELEFIX) | |
| BLPIVACAINA (NEOCAINA) PESADA 0,5% / 20ML | | LIDOCAINA (S/ VASO) 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> | |
| CAFLOPRIL 25MG COMP | | LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML | |
| CETALOTOINA (KEFLIN) 1G SOL. INJETÁVEL | | LIDOCAINA GELEIA (BISNAGA) 30MG | |
| CLORPROMAZINA 25MG/5ML | | LIDOCAINA + EPINEFRINA (C/ VASO) 20ML - 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> | |
| CEFAZOLINA 1G SOL. INJETÁVEL | | METOPROLOL 25 MG COMP. | |
| CEFTRIAXONA 1G SOL. INJETÁVEL | | METOPROLOL 50 MG COMP | |
| CETOPROFENO (FROFENID) 100MG PÓ LIOFILO | | METRONIDAZOL 500 MG / 100 ML | |
| CIPROFLOXACIMO 200MG/100ML | | METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10 MG / 2 ML | |
| CISATRACURIO (NIMBILIM) 10 MG / 5 ML | | NEOSTIGMINA 0,5 MG/ML | |
| CLINDAMICINA (DALACIM) 500 MG / 4 ML | | NORADRENALINA 8MG/4MG | |
| CLONIDINA SOL. INJETÁVEL | | ÓXIDO DE ZINCO - VIT. A E D (HIPDCLÓS) 30 G | |
| CLÓRETO DE POTÁSSIO 19,1% | | OMEPRAZOL 40MG/30ML | |
| CLÓRETO DE SÓDIO 20% / 10 ML | | ONDASTERONA 8MG/4ML | |
| COLAGENASE 33 G BISNAGA | | PANCURONEO 4MG/2ML | |
| DESLANOSÍDEO 0,4 MG / 2 ML | | PENTOXIFILINA 100MG/5ML | |
| DEKAMETASONA 4 MG / 2.5 ML | | PENINSULINA C POTASSICA 5000.000UI | |
| DICLOFENACO 75 MG /ML | | PROMETAZINA (FERNEGAN) 50MG/1 ML | |
| DIFENONA 500MG/2ML | | PRECEDEX | |
| DOBUTAMINA 250MG/20ML | | PROPOFOL | |

| PROTAMINA | | EQUIPAMENTOS | QNT |
|---|-----|--|--------|
| PROSTIGMINA | | APARELHO DE ANESTESIA | |
| RANITIDINA (ANTA-6) 50MG/2ML | | BISTURI ELÉTRICO / BIPOLAR | ✓ |
| SEVOFLURANO | | CAPNÓGRAFO | |
| SULFATO DE MAGNÉSIO | | DEFIBRILADOR | |
| SULFALATO DE BISMUTO 301 MG | | ESTRIBO | |
| SUXAMETONIO 100MG/FRASCO | | FONTE DE ENERGIA / FIBRA ÓTICA | |
| TERRUTALINA (BRICANI) 0,5/1ML | | FOTÓFORO | |
| TRAMAL 100 MG | | LARNGOSCÓPIO | |
| ULTIVA | | MICROSCÓPIO CIRÚRGICO | |
| VANCOMICINA 50MG/ML | | MONITOR CARDIACO | ✓ |
| SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME | QNT | ÓXÍMETRO | ✓ |
| ÁGUA DESTILADA 1000 ML | | RAIOX | ✓ |
| SOLUÇÃO SORBITOL + MANITO. 1000 ML | | RESPIRADOR VOLUMÉTRICO | |
| SORO RINGER LACTATO 500 ML | 1 | SERRA ELÉTRICA | 01 |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML | M | MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR | 03 QNT |
| SORO GLICOSADO 5% 500 ML | | ALGODÃO HIDROFÍLO | |
| SORO GLICOFISIOLÓGICO 5% 500ML | | A CATH Nº <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 | |
| | | ABAIXADOR DE LINGUA (ESPÁTULA) | |
| FIOS CIRÚRGICOS | QNT | AGULHA DESCARTAVEL Nº <input checked="" type="checkbox"/> 13X0,45 <input checked="" type="checkbox"/> 30X0,70 <input checked="" type="checkbox"/> 30X0,80 <input checked="" type="checkbox"/> 40X0,12 | A1 06 |
| ALGODÃO C/AG Nº 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> | | AGULHA PERIDURAL Nº 15 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> | |
| ALGODÃO S/ AG Nº 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> | | AGULHA RAQ. Nº <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 27 | |
| CATGUT CROM. C/AG. Nº 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> R | 02 | ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10 CM <input type="checkbox"/> 15CM <input type="checkbox"/> 20 CM <input type="checkbox"/> | |
| CATGUT CROM. S/AG. Nº 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> | | ATADURA CREPOM 10CM | M 03 |
| AÇO MONOFILAMENTO Nº 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | ATADURA CREPOM 15CM | M 03 |
| CATGUT, SIMPLES C/AG. Nº 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | ATADURA CREPOM 20CM | |
| CATGUT, SIMPLES S/AG. Nº 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | ATADURA GESSADA 10 CM <input type="checkbox"/> 15CM <input type="checkbox"/> 20 CM <input type="checkbox"/> | |
| VIONOCRYL 5,0 REF Y844 1,6CM | | BOLSA DE COLOSTOMIA | |
| VIONOCRYL 5,0 REF Y695 | | CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7,0 <input type="checkbox"/> 7,5 <input type="checkbox"/> 8,0 <input type="checkbox"/> 8,5 <input type="checkbox"/> 9,0 <input type="checkbox"/> | |
| VIONOCRYL 0 REPY967H 3,5CM | | CAPA P/ MICROSCÓPIO <input type="checkbox"/> CAPA P/ VÍDEO <input type="checkbox"/> | |
| VIONOCRYL 3 REF Y3025 1,5CM | | CATETER TIPO ÓCULOS | |
| VIONOCRYL 3,0 REF 8450-30 | | CERA P/ OSO | |
| VIONOFYL 3,0 C/ 2 AG. 70CM | | COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO | |
| VIONONYLON Nº 0 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> R | 02 | COMPRESSAS GRANDES | AA 10 |
| POLYESTER (ETIBOND) Nº 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | COMPRESSAS PEQUENAS | |
| POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> | | CURATIVO GIPSITE | |
| POLYCRYL Nº 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> | | DRENO DE TORAX Nº 28 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> | |
| VICRYL Nº 0 C/ AGULHA | | DRENO DE MENRUSE Nº 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--|----|---|--------|
| DRENO DE KERH E MIT Nº 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | |
| DRENO DE SUÇÃO Nº 3.2 <input type="checkbox"/> 4.8 <input type="checkbox"/> 6.4 <input type="checkbox"/> | | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> | |
| DUPLO LUMEM | | SONDA DE CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> | |
| ELETRODO DESCARTÁVEL PARA MARCAPASSO | | SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> | |
| ELETRODO DESCARTÁVEL | 1 | SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/> | 05 |
| EQUIPO P/ BOMBA DE INFUSÃO | | SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 4.5 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 5.5 <input type="checkbox"/> | |
| EQUIPO PARA BOMBA SERINGA | | SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 6.0 <input type="checkbox"/> 6.5 <input type="checkbox"/> 7.0 <input type="checkbox"/> | |
| EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL | 1 | SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 7.5 <input type="checkbox"/> 8.0 <input type="checkbox"/> 8.5 <input type="checkbox"/> | 01 |
| EQUIPO MICROGOTAS | | SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº <input type="checkbox"/> 9.0 <input type="checkbox"/> 9.5 <input type="checkbox"/> | |
| EQUIPO P/ TRANSUSÃO | | SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> | |
| EQUIPO AMBAR | | SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 5.0 <input type="checkbox"/> 5.5 <input type="checkbox"/> 6.0 <input type="checkbox"/> 6.5 <input type="checkbox"/> | |
| EXTENSOR 120 CM | | SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 7.0 <input type="checkbox"/> 7.5 <input type="checkbox"/> 8.0 <input type="checkbox"/> 8.5 <input type="checkbox"/> | |
| EXTENSOR O2 VIAS | 1 | SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 <input type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> | 01 |
| ESCOVA PVP | | SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 4.0 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 5.5 <input type="checkbox"/> | |
| ESPONJA GELFOAM MEDICINAL | | SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 6.0 <input type="checkbox"/> 6.5 <input type="checkbox"/> | |
| FITA CARDIACA FC 50X | | SONDA GÁSTRICA ASPIRAÇÃO Nº <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | |
| FILTRO DE BARREIRA | | SONDA GÁSTRICA ASPIRAÇÃO Nº 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> | |
| FITA CREPE | | SNG Nº 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> | |
| GATE | AM | TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS | 1 |
| GELCO Nº <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 20 <input checked="" type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> | 1 | TRANSDUTOR | 01 |
| INTRODUTOR PAI | | TRANSOFIX | |
| KIT CATARATA 3/8 6,5 MM | | TUBOS DE TCA | |
| LÂMINA DE BISTURI Nº 11 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input checked="" type="checkbox"/> M | 03 | | |
| LATEX 204 AMARELO <input type="checkbox"/> SILICONE <input type="checkbox"/> | | | |
| LIGA CLIF 100 | | | |
| LIGA CLIF 300 | | | |
| | | GASOTERAPIA | QNT |
| LUVA ESTÉRIL 6.5 | AM | AR COMPRIMIDO | ✓ |
| LUVA ESTÉRIL 7.5 | M | GÁS CARBÔNICO | |
| LUVA ESTÉRIL 8.0 | M | OXIGÊNIO | ✓ |
| LUVA DE PROCEDIMENTO | | PROTÓXIDO DE AZOTO | |
| MANICA TÉRMICA | | VÁCUO | ✓ |
| SCALP Nº 19 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> | | | |
| | | FRACIONADOS | QNT |
| SERINGA DESCARTÁVEL 1 ML <input type="checkbox"/> 60 ML <input type="checkbox"/> | | ALCOOL À 70% | ✓ |
| SERINGA DESCARTÁVEL 3 ML <input checked="" type="checkbox"/> 5 ML <input checked="" type="checkbox"/> M | 05 | CAL SOLDADA | 100 up |
| SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML | M | CLOREXIDINA ALCOÓLICA | ✓ |
| SERINGA DESCARTÁVEL 20 ML | M | ESPARADRAPO COMUM | ✓ |
| SERINGA P/ GASOMETRIA | | ESPARADRAPO ANTIALÉRGICO | |
| SONDA CATETER TIPO OCULOS | | GORRO TURBANTE | |

| | | | |
|-------------------------|---|-----|--|
| MÁSCARA DESCARTABLE | M | 03 | |
| POLVIDINE TÓPICO | | | |
| POLVIDINE DEGERMANTE | | | |
| SACOS PLÁSTICOS | | | |
| SACOS P/ LIXO | M | 03 | |
| HEMOCOMPONENTES | | QNT | |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | | | |
| PLAQUETAS | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

| | | |
|---|---------------|----------------------|
| NOME COMPLETO: Williane Conceição dos Santos | | |
| DATA DE NASCIMENTO: 14/09/1990 | LEITO: F13 | REGISTRO: 1214977 |

| | | |
|---|---------------------|------------------------------|
| SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO | SALA OPERATÓRIA: 07 | DATA DA CIRURGIA: 27/10/2020 |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura da clavícula esquerda | | |
| CIRURGIA PROPOSTA: Redução cirúrgica com fixação | | |
| CIRURGIA REALIZADA: A proposta | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo | | |
| CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lima | | |
| 1º AUXILIAR: | | |
| 2º AUXILIAR: | | |
| 3º AUXILIAR: | | |
| ANESTESIOLOGISTA: Dra. Esthyenne | | |
| ANESTESIA REALIZADA: Sedação | | |
| INÍCIO DA ANESTESIA: | INÍCIO DA CIRURGIA: | TÉRMINO DA ANESTESIA: |

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

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS:

01 Fio de Kirschner 2,5

ANTISSEPSE:

Clorxidina alcoólica

PROCEDIMENTOS REALIZADOS E VIAS DE ACESSO:

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, lavagens, tipo de suturas, tipo de curativo, etc.

Ocúbito dorsal
Antineupria
Campos
Incisão - Direção
Redução cirúrgica com fixação
Síntese do ferimento
Curativo

Dr. Roberto Lima
Ortopedia - Traumatologia

HOSPITAL CIRURGIA

FICHA DE ANESTESIA

WILLIANO CONCEIÇÃO DOS SANTOS

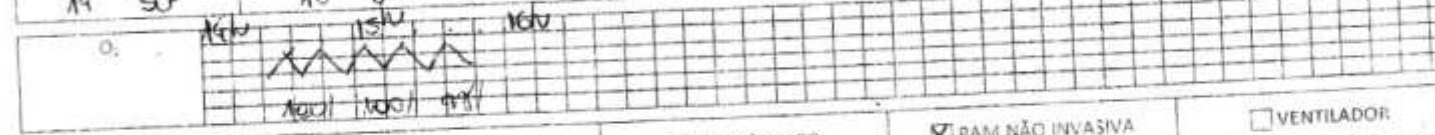
DATA DE NASCIMENTO: 14/09/1990 LEITO: F 43 REGISTRO: 1214977

SEXO: MASCULINO FEMININO SALA OPERATÓRIA: 07 DATA DA CIRURGIA: 21/10/20
 IDADE: 30 COR: Pardo CONVÊNIO: SUS
 CIRURCIÃO: Roberto Luan ANESTESIOLOGISTA: ESTERCIENE LACERDA
 1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Fratura de clavícula
 DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: O MESMO

CIRURGIA PROPOSTA: TIO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA CÓDIGO CIRÚRGICO:
 CIRURGIA REALIZADA: A proposta

PRÉ-MEDICAÇÃO: _____ HORA: _____ RESULTADO 1 2 3 4 5 6
 INÍCIO DA ANESTESIA: _____ INÍCIO DA OPERAÇÃO: _____ ALT DA ANESTESIA: _____ RISCO OPERATÓRIO: 1 2 3 4 ESTADO FÍSICO: 1 2 3 4 5 6 7



MONITOR ECG OXÍMETRO PULSO CAPNÓGRAFO PAM NÃO INVASIVA VENTILADOR

FLUIDOS: 1RU 100ml

| ANOTAÇÕES | DRUGAS | CONC. | QNT. |
|---|--------------------|-------|------|
| Tabela CHECK LIST, MONITORAR CAV, POSICIONAMENTO, MANTER VISE, INDICAR JACOBA EM VENTILADOR OXIGÊNIO MBR POR CIRCULO NASAL PROCEDEMENTO SEM INTERFERÊNCIAS | CESTAMINA (LIV) | 2g | |
| | DEKALOMEDONA (LIV) | 10mg | |
| | CESTOMEDON (LIV) | 100mg | |
| | ORIGONA (LIV) | 2g | |
| | ONANESTAZONA (LIV) | 2mg | |
| | TUNSTAMU (LIV) | 100mc | |
| | MITAZOLAM (LIV) | 5mg | |
| CESTAMINA (LIV) | 20mg | | |
| PROPOFOLU 1/ (LIV) | 100mg | | |

AGENTES ANESTÉSICOS:

TÉCNICA: Seccano + local
 INDIÇÃO: _____ POSIÇÃO: _____ LOCAL DA PUNÇÃO: _____ LÍQUIDO RETIRADO: _____
 TÉCNICA: _____ POSIÇÃO APÓS: _____ POSIÇÃO OPERATÓRIA: _____ RESULTADO B.R.M.: _____
 DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: _____ DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____ CONSCIÊNCIA: _____
 PÓS-OPERATÓRIO: UTI SRPA DESTINO DA SRPA: LEITO ALTA HOSPITALAR CONDIÇÕES: _____

OBSERVAÇÕES:
 E. Lacerda
 Anestesiologista
 5793 RQE 3505



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 26/10/2020
Hora: 08:55

| | | Laboratório | |
|-------------|--|-------------|------------------|
| Atendimento | 1214882 | Data | 23/10/2020 08:53 |
| Nome | WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS | Convênio | Sus |
| Tp.Atend | Urgência | Med.Sol: | |
| Endereço | J (Conjunto João Alves)AVENIDA PERIMETRAL H Nº1123 | Bairro: | |
| Cidade | | Telefone: | 96934854 |
| Sexo: | Feminino | Idade: | 30 anos |

CREATININA

Data Coleta:23/10/2020 08:55

Material:Soro
Metodo:Cinetico

| RESULTADO | | Referência |
|-----------------|------------|--|
| | 0,87 mg/dl | H: 0,9 - 1,3 mg/dl M: 0,6 - 1,1 mg/dl |

GLICEMIA

Data Coleta:23/10/2020 08:55

Material:Soro
Metodo:Enzimático Automatizado

| Resultado | | Referência |
|-----------------|----------|------------|
| | 89 mg/dl | |

POTÁSSIO

Data Coleta:23/10/2020 08:55

Material:Soro
Metodo:Ion Seletivo

| Resultado | | Referência |
|-----------|------------|------------------|
| | 3,6 mmol/L | 3,5 a 5,5 mmol/L |

UREIA

Data Coleta:23/10/2020 08:55

Material:Soro
Metodo:Enzimático Colorimétrico

| RESULTADO | | Referência |
|-----------------|----------|---|
| | 26 mg/dl | Adulto: 17 - 43 mg/dl Criança: 11 - 45 mg/dl |

Gladson de Almeida valença
Biomédico
CRBM 6045Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0940Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Railton Rocha de Araujo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909Wesley Rodrigues Fontes de Sousa
Biomédico
CRBM 9279Tiago Batista Adami
Biomédico
CRBM 2771Maria das Graças Barros Costa
Farmacêutica Bioquímica
CRF/SE 0082



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 26/10/2020
Hora: 08:55

| | | Laboratório | |
|-------------|--|-------------|------------------|
| Atendimento | 1214882 | Data | 23/10/2020 08:53 |
| Nome | WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS | Convênio | Sus |
| Tp.Atend | Urgência | Med.Sol: | |
| Endereço | J (Conjunto João Alves)AVENIDA PERIMETRAL H Nº1123 | Bairro: | |
| Cidade | | Telefone: | 96934654 |
| Sexo: | Feminino | Idade: | 30 anos |

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta:23/10/2020 08:55

Material:Sangue Total
Metodo:Automatizado**ERITROGRAMA**

| | |
|---------------------|----------------------------|
| A)Eritrócitos | 4,73 milh./mm ³ |
| B)Hemoglobina | 10,3 g/dl |
| C)Hematócrito | 34,3 % |

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

| | |
|-----------------|------------|
| A)V.C.M | 72,52 fl |
| B)H.C.M | 21,78 pg |
| C)C.H.C.M | 30,03 g/dl |
| D) R.D.W | 14,7 % |

LEUCOGRAMA

| | |
|------------------------------|------------------------|
| A) Leucócitos(global) | 7.280 mm ³ |
| B)Contagem diferencial | %...../mm ³ |
| .Segmentados | 60.8% 4426.2 |
| .Eosinófilos | 02.1% 152.8 |
| .Basófilos | 00.3% 21.8 |
| .Linfócitos | 29.4% 2140.3 |
| .Monócitos | 07.4% 538.7 |

PLAQUETAS

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| .Valor Encontrado | 244.000 /mm ³ |
|-------------------------|--------------------------|

Referência

| | |
|--------------|-----------------------------------|
| Homem Mulher | 4,0 - 5,5 4,0 - 5,0 |
| Homem Mulher | 13,0 - 17,0 12,0 - 16,0 |
| Homem Mulher | 40 - 50 35 - 47 |
| | 82 - 95 |
| | 26 - 34 |
| | 30 - 35 |
| | 10 - 15 |
| | 5.000 a 10.000/mm ³ |
| | 40 a 70 1.600 a 7.300 |
| | 01 a 04 50 a 400 |
| | 00 a 02 00 a 200 |
| | 20 a 50 1000 a 5000 |
| | 03 a 10 150 a 1000 |
| | 150.000 a 400.000/mm ³ |

Gladson de Almeida valença
Biomédico
CRBM 6045Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909Wesley Rodrigues Fontes de Sousa
Biomédico
CRBM 9279Tiago Balista Adami
Biomédico
CRBM 2771Maria das Graças Barros Costa
Farmacêutica Bioquímica
CRF/SE 0082



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 26/10/2020
Hora: 08:55

| | | Laboratório | |
|-------------|--|-------------|------------------|
| Atendimento | 1214882 | Data | 23/10/2020 08:53 |
| Nome | WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS | Convênio | Sus |
| Tp.Atend | Urgência | Med.Sol: | |
| Endereço | J (Conjunto João Alves)AVENIDA PERIMETRAL H Nº1123 | Bairro: | |
| Cidade | | Telefone: | 96934654 |
| Sexo: | Feminino | Idade: | 30 anos |

TEMPO DE PROTOMBINA

Data Coleta:23/10/2020 08:55

Material: Plasma
Metodo: Automatizado

| | | Referência |
|-------------------------------|------|-------------|
| TEMPO DE PROTOMBINA | 12,8 | 10,0 a 14,0 |
| PROTOMBINA (ATIVIDADE) | 96,2 | 70 a 100% |
| INR | 1,02 | 0,81 a 1,13 |

VALORES DE RNI RECOMENDADOS PARA O CONTROLE DA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL:

| INDICAÇÃO | RNI |
|---|-------------|
| Profilaxia de Trombose venosa em pacientes cirúrgicos de alto risco | : 2.0 - 3.0 |
| Prevenção de Trombose venosa profunda | : 2.0 - 3.0 |
| Prevenção de Tromboembolismo | : 2.0 - 3.0 |
| Prevenção de recorrência do embolismo, ou tratamento de pacientes portadores de válvulas cardíacas mecânicas. | : 3.0 - 4.5 |

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta:23/10/2020 08:55

Material: Plasma Citratado
Metodo: Coagulométrico

| | | Referência |
|--------------------------------|---------------|--------------|
| Tempo de Tromboplastina (TTPA) | 25,9 Segundos | 30 a 40 seg. |

Gladson de Almeida valença
Biomédico
CRBM 6045Édna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909Wesley Rodrigues Fontes de Sousa
Biomédico
CRBM 9279Tiago Batista Adami
Biomédico
CRBM 2771Maria das Graças Barros Costa
Farmacêutica Bioquímica
CRF/SE 0082



FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

| | | |
|--|----------------------|-----------------------------|
| NOME COMPLETO: <i>Willione Conceição dos Santos</i> | | |
| DATA DE NASCIMENTO: <i>14/09/1990</i> | LEITO: <i>F13</i> | REGISTRO: <i>1214977</i> |

| | | | |
|---|------------------|-------------------------------------|----------------------|
| SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO | IDADE: <i>30</i> | DATA DE ADMISSÃO: <i>23/10/2020</i> | CONVÊNIO: <i>SUS</i> |
|---|------------------|-------------------------------------|----------------------|

DIAGNÓSTICOS: *Trt. de clavícula (E)*

DATA: *26/10/2020* TURNO DE ATENDIMENTO: MANHÃ TARDE NOITE

| | | | | |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------------|-----------------|
| AF: <i>MV(0), ARTX, ØR.A</i> | FC: <i>86</i> | FR: <i>16</i> | PA: <i>120 x 80</i> | T: <i>36,8°</i> |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------------|-----------------|

| | | | | |
|---------------------|-------|----------------|----------------|-----------------------|
| MR: <i>VE S/ SV</i> | RASS: | IMS: <i>30</i> | MRC: <i>42</i> | NC: <i>consciente</i> |
|---------------------|-------|----------------|----------------|-----------------------|

| | | | |
|----------|----------|------|--------------------|
| ETASGOW: | SEDAÇÃO: | DVA: | SpO ₂ : |
|----------|----------|------|--------------------|

| | | | | |
|----------------------|-------------|--------|--------------------|----------------|
| VENTILAÇÃO MECÂNICA: | DIAS DE VM: | MODOS: | FiO ₂ : | CUFF: <i>1</i> |
|----------------------|-------------|--------|--------------------|----------------|

PARÂMETROS:

| | | | | | |
|-----------------------------|--------|-------|-------|-------|--------------------------------------|
| MONITORIZAÇÃO VENTILATÓRIA: | Cest: | CdIn: | Res: | fRES: | PaO ₂ /FiO ₂ : |
| | Pinsp: | CV: | P.OI: | TRE: | TESTE DE CUFF: |

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: NÍVEL 1 NÍVEL 2 NÍVEL 3 NÍVEL 4

REAValiação: *Paciente encontra-se acordada, colaborativa, acianótica, anictérica. Padrão respiratório misto, ritmo respiratório regular, tórax e abdômen normais. Apresenta fratura em clavícula esquerda e ausência de dor ao repouso, sem edema, Berg 1 e ausência de movimentação em M-SC com limitação moderada para AVDq. Sem alterações de marcha. Deixa o paciente com os seguintes sinais vitais: SatO₂ 97%, FC: 87, T: 36,7°, PA: 120 x 80, FC 18 bpm Berg 3*

CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: SIMPLES DIFÍCIL PROLONGADO - HORAS: 2 4 6 - FALHOU PORQUE?

| | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> R/PI | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECÚBITO | <input type="checkbox"/> TRE | <input type="checkbox"/> TMR | TIPO DE VNI: | TEMPO: |
| <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: <i>Mobilizações de MMII, Alongamento, Desambulações</i> |
| <input type="checkbox"/> TBE | <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 | COR: |
|-----------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------|

| | | | | |
|---------------|----------------------------------|--------------------------------|---|---|
| CHESOTERAPIA: | <input type="checkbox"/> PASSIVA | <input type="checkbox"/> ATIVA | <input checked="" type="checkbox"/> ATIVA ASSISTIDA | <input checked="" type="checkbox"/> RESISTIVA |
|---------------|----------------------------------|--------------------------------|---|---|

| | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|---|------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SEDESTAÇÃO NO LEITO | <input checked="" type="checkbox"/> S/C/ MMII PEND | <input type="checkbox"/> SF | <input checked="" type="checkbox"/> ORT | <input type="checkbox"/> S/L | <input type="checkbox"/> I/ME | <input checked="" type="checkbox"/> OEA |
|--|--|-----------------------------|---|------------------------------|-------------------------------|---|

META TERAPÊUTICA: *Evitar complicações motoras e respiratórias.*
Acadêmica: Priscilla Lúcia P. Gama

Thiago Abner
CREFITO 195409-F
Preceptor de Fisioterapia
FISIOTERAPISTA RESPONSÁVEL

| EXAME | HORA | RESULTADOS | | | | | OBS: |
|------------|------|------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----|------|
| GASOMETRIA | | pH: | PaO ₂ : | PCO ₂ : | HCO ₃ : | BE: | OBS: |
| GASOMETRIA | | pH: | PaO ₂ : | PCO ₂ : | HCO ₃ : | BE: | OBS: |

IV, OX: OUTROS:

DEM. ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

CIIS: FISIOTERAPISTA RESPONSÁVEL



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

NOME COMPLETO:

Williams Conceição dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

14/09/90

LEITO:

F13

REGISTRO:

1214944

| | | |
|---|------------------------------|-------------|
| SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino | DATA DE ADMISSÃO: 23/10/2020 | HORA: 16:00 |
|---|------------------------------|-------------|

A - ANAMNESE

ORIGEM: Domicílio HUSE Outro:

NATURALIDADE: Bracaru MUNICIPALIDADE: Bracaru

ESTADO CIVIL: Solteira Nº DE FILHOS: 0 RELIGIÃO: Católica

ESCOLARIDADE: Ensino médio PROFISSÃO: Gestor de numerário

INTERNAMENTO HOSPITALAR RECENTE: Sim Não TEMPO DE INTERNAMENTO: - INTERNAMENTO RECENTE EM UTI: Sim Não

REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ANTERIOR: Sim Não QUAIS? -

USO DE MEDICAÇÕES: Sim Não QUAIS? -

B - QUEIXA DO PACIENTE

ATUAL: Dor em MSE e MMTI

PREGRESSA:

C - ANTECEDENTES FAMILIARES E/OU PESSOAIS

HIPERTENSÃO ARTERIAL: Sim Não DIABETES: Sim Não SEDENTARISMO: Sim Não DEPRESSÃO: Sim Não

DOENÇA CARDÍACA: Sim Não DOENÇA RENAL: Sim Não TABAGISMO: Sim Não ANSIEDADE: Sim Não

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: Sim Não DOENÇA HEPÁTICA: Sim Não ETILISMO: Sim Não FOBIAS: Sim Não

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: Sim Não OUTROS: -

NEOPLASIA: Sim Não QUAIS? -

ALERGIAS: Sim Não QUAIS? -

D - INDICADORES DE GRAVIDADE

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

FC: ___ bpm FR: ___ lpr/m² FANI: ___ mmHg Temperatura: ___ °C Sat. de O2: ___ % PAM: ___ mmHg PVC: ___ mmHg

DISPOSITIVOS EM USO:

Escala de Morse

HISTÓRICO DE QUEDAS: (0) Não (15) Sim DISPOSITIVO ENDOVENOSO: (0) Não (20) Sim DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: (0) Não (15) Sim

MARCHA: (0) Normal/Sem deambulação/Acamado ou Cadeira de Rodas (10) Fraca (30) Comprometida ou Cambaleante

AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: (0) Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional da Saúde (15) Muletas, Bengala ou Andador (30) Mobilizador ou Parede

ESTADO MENTAL: (0) Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação (15) Superestima capacidade ou Esquece limitações

Pontos:

Escala de Braden

PERCEPÇÃO SENSORIAL: 1 2 3 4 UMIDADE: 1 2 3 4 ATIVIDADE: 1 2 3 4

MOBILIDADE: 1 2 3 4 NUTRIÇÃO: 1 2 3 4 FRICÇÃO E CISALHAMENTO: 1 2 3

Pontos:

Escala RASS

Combativo Muito Agitado Agitado Inquieto Alerta e calmo

Torporoso Sedado leve Sedado moderado Sedado profundamente Coma

Escala de Coma de Glasgow: [MRO: 4 + MRV: 5 + MRM: 6] = 15 Escala de Dor: 7 Escala de CAM-ICU (DELIRIUM): 0

II - DISPOSITIVOS INVASIVOS

Tubo Orotraqueal: Último: ___/___/___ Catéter Venoso Periférico: Último: 23/10/20 Sonda Gástrica / Enteral: Último: ___/___/___

Traqueostomia: Último: ___/___/___ Catéter Venoso Central: Último: ___/___/___ Sonda Vesical de Demora: Último: ___/___/___

Dreno: Último: ___/___/___ Outros: Último: ___/___/___

EXAME FÍSICO

FOCO NEUROLÓGICO: *consciente, orientado*

| | |
|---|---|
| Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Míóticas <input type="checkbox"/> Midríóticas | Resposta Motora: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Plegia Localização: _____ |
| Reação Pupilar: Reativa <input checked="" type="checkbox"/> OE <input checked="" type="checkbox"/> OD Não Reativa <input type="checkbox"/> OE <input type="checkbox"/> OD | Sensibilidade: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Anestesia Localização: _____ |

FOCO CARDIOVASCULAR: Ausculta:

| | | |
|---|---|---|
| Subo: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Arrítmico <input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme | Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hiperótica <input type="checkbox"/> Cianótica | Edema: <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Presente <i>(AME)</i> |
|---|---|---|

FOCO RESPIRATÓRIO: Ausculta:

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Catéter nasal <input type="checkbox"/> tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Traqueostomia | <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquipnéico <input type="checkbox"/> Bradipnéico <input type="checkbox"/> Ortopnéico <input type="checkbox"/> Dispneico |
|--|---|

FOCO GASTRINTESTINAL:

| | |
|--|--|
| Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Gélido <input type="checkbox"/> Fácilo <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Dor a palpação <input type="checkbox"/> Indolor | Ruidos: <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados |
|--|--|

ELIMINAÇÕES:

| | |
|---|---|
| Urina: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Escuro <input type="checkbox"/> Foscio <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria | Urina: <input type="checkbox"/> Amarelo claro <input type="checkbox"/> Concentrada <input type="checkbox"/> Enxofra <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Purúria <input type="checkbox"/> Têtuca |
| Defecação: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente (dias <i>1</i>) | Feces: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Endurecida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematoquezia |

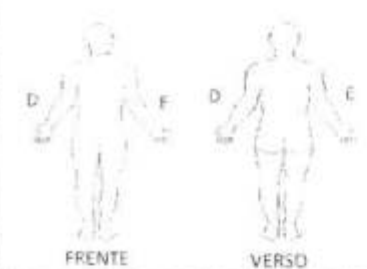
APARELHO LOCOMOTOR:

| | |
|--|---|
| Edema articular/muscular: <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Presente Local: _____ | Alteração trófica: <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente Local: _____ |
|--|---|

REGULANÇA FÍSICA: Necessidade de contenção no leito: Sim Não

NECESSIDADES PSICOSSÓCIAIS: Necessita de acompanhante: Sim Não

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS: Praticante: Sim Não

| AVALIAÇÃO DO TEGUMENTO | Local | Est. | Lesão por Pressão ● <i>NA</i> | |
|--|-------|------|-------------------------------|------------|
| | | | Característica | Tratamento |
|  <p>FRENTE</p> <p>VERSO</p> | | | | |
| | | | | |

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Paciente aguardando conduta médica


HOSPITAL
CIRURGIA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| NOME COMPLETO WILLIAANE CONCEIÇÃO DOS SANTOS | | |
| DATA DE NASCIMENTO: 14/09/90 | LEITO: F13 | REGISTRO: 1214997 |

| | | | | |
|---|----------------|-----------------|------------------|---------------|
| SEXO: MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> | UNIDADE: ALA F | DIH: 23/10/2020 | DATA: 24/10/2020 | HORA: 14:40HS |
|---|----------------|-----------------|------------------|---------------|

EXAME ESPECÍFICO:

A - INDICADORES DE GRAPVIDADE

| | | | | | |
|---|-------------|--------------------|---|------------------|---------|
| VIA AÉREA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Cânula Traqueal | | | VENTILAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Aporte de Oxigênio | | |
| FC: 63 bpm | FR: 16 irpm | PANI 110 X 60 mmHg | Temperatura: 36,4 °C | Sat. de O2: 98 % | PAM: NA |
| PVC: NA | PIC: NA | PIA: NA | DISPOSITIVOS EM USO: CVP | | |

| | |
|-------------------------------|------------|
| Escala de CAM- ICU (DELIRIUM) | Pontos: NA |
|-------------------------------|------------|

| Escala de Coma de Glasgow | ABERTURA OCULAR | | MELHOR RESPOSTA VERBAL | | MELHOR RESPOSTA MOTORA | | REATIVIDADE POPULAR | | Pontos: 15 | | | |
|---------------------------|-----------------|-------------------------------------|------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|---|--|
| | Espontânea | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | Orientado | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 | Obedece comandos verbais | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | Inexistente | 2 | Risco: ● 3 a 4: coma profundo 7: coma intermediário 11: coma superficial 15: normalidade |
| Estímulos Verbais | | 3 | Confuso | | 4 | Localiza estímulos | | 5 | Parcial | 1 | | |
| Estímulos à Pressão | | 2 | Palavras inapropriadas | | 3 | Retirada inespecífica | | 4 | Completa | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | |
| Ausente | | 1 | Sons ininteligíveis | | 2 | Padrão flexor | | 3 | | | | |
| Não testável | | 0 | Ausente | | 1 | Padrão extensor | | 2 | | | | |
| | | | Não testável | | 0 | Ausente | | 1 | | | | |
| | | | | | | Não testável | | 0 | | | | |

| Escala de Rass | Combativo, violento, representando risco para a equipe | | +4 | Torporoso | -1 | Pontos: 0 |
|----------------|--|---|----|----------------------|----|--|
| | | Muito Agitado, puxa e remove tubos ou cateteres | +3 | Sedado leve | -2 | Risco: ● 0: alerta -1 a -5: algum grau de sedação +1 a +4: algum grau de agitação |
| | | Agitado, movimentos desaproprados frequentes, briga com o ventilador | +2 | Sedado moderado | -3 | |
| | | Inquieto, apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos | +1 | Sedado profundamente | -4 | |
| | | Alerta e calmo | 0 | Coma | -5 | |
| | | | | | | |

| Escala de Morse | HISTÓRICO DE QUEDAS | | DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO | | AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO | | Pontos: |
|-----------------|------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------|---|--|---|
| | Não | 0 | Não | 0 | Nenhum/ Profissional da Saúde | 0 | Risco: ● baixo: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: ≥ 45 |
| | Sim | <input checked="" type="checkbox"/> | 25 | Sim | 15 | Muletas, Bengala ou Andador | |
| | | | | | | | Mobiliário ou Parede |
| | | | | | | | |
| Escala de Morse | DISPOSITIVO ENDOVENOSO | | MARCHA | | ESTADO MENTAL | | médio: 25 a 44 alto: ≥ 45 |
| | Não | 0 | Normal/Sem deambulação/Acamado ou Cadeira de Rodas | 0 | Orientado / Capaz quanto à sua capacidade / limitação | 0 | |
| | Sim | <input checked="" type="checkbox"/> | 20 | Fraca Comprometida ou Camba | 10 20 | Superestima capacidade /Esquece limitações | |

| Escala de Dor | Sem dor | | X | 0 | Pontos: 0 1 a 3 4 a 6 7 a 10 |
|---------------|--------------|----------|---|---|---------------------------------------|
| | | Dor leve | | | |
| | Dor moderada | | | | 0 |
| | Dor intensa | | | | |

| Escala de Braden | PERCEÇÃO SENSORIAL | | UMIDADE | | ATIVIDADE | | Pontos: |
|-------------------|-------------------------------------|---|----------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--|
| | Completamente limitada | 1 | Constantemente úmida | 1 | Acamado | 1 | Nenhum risco: 19 a 23 risco leve: 15 a 18 |
| | Muito limitada | 2 | Frequentemente úmida | 2 | Restrito à cadeira | 2 | |
| | Levemente limitada | 3 | Ocasionalmente úmida | 3 | Caminha ocasionalmente | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Nenhuma alteração | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | Raramente úmida | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | Caminha frequentemente | |

HOSPITAL CIRURGIA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: *William Conceição dos Santos*
 DATA DE NASCIMENTO: *14/09/90* LEITO: *F13* REGISTRO: *1214977*

SEXO: Masculino Feminino DATA DE ADMISSÃO: *23/10/2020* DATA: *25/10/20* HORA: *10:45h*

A - INDICADORES DE GRAVIDADE
 VIA AÉREA: Normal Tubo endotraqueal Cânula Traqueal VENTILAÇÃO: Espontânea Ventilação mecânica Aporte de Oxigênio
 FC: *80* bpm RR: *18* l/min PAIN: *122x80* mmHg Temperatura: *36,2°C* Sat. de O2: *98%* PAM: ___ mmHg PVC: ___ mmHg

| Escala de Morse | | MARCHA | |
|-------------------------------|---|---|-----------|
| HISTÓRICO DE QUEDAS | | | |
| Não | 0 | Normal/Sem deambulação/decúbito ou Cadeira de rodas | 0 |
| Sim | <i>15</i> | Fraca | <i>10</i> |
| DISPOSITIVO ENDOVENOSO | | Comprometido ou Comatado | 10 |
| Não | 0 | AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO | |
| Sim | <i>20</i> | Nenhum, Atariado ou Auxílio por Profissional de Saúde | <i>0</i> |
| DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO | | Muñetas, Bengala ou Andador | 15 |
| Não | 0 | Mobilidade ou Parado | 30 |
| Sim | <i>15</i> | ESTADO MENTAL | |
| | | Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação | <i>0</i> |
| | | Superevinta capacidade ou Esquema limitações | 15 |
| PCN'S: | <i>60</i> | | |
| Escala de Coma de Glasgow: | [MRO: <i>4</i> + MRV: <i>5</i> + MRN: <i>6</i>] = <i>15</i> | | |
| Escala de Dor (0-10): | <i>0</i> | | |
| Escala de CAM-ICU (DELIRIUM): | | | |

| Escala de Braden | | NUTRIÇÃO | |
|---------------------------|-----------|--------------------------|----------|
| PERCEÇÃO SENSORIAL | | | |
| Completamente limitada | 1 | Muito pobre | 1 |
| Muito limitada | 2 | Inadequada | 2 |
| Ligeiramente limitada | 3 | Adequada | <i>3</i> |
| Nenhuma alteração | <i>4</i> | Excelente | 4 |
| MOBILIDADE | | ATIVIDADE | |
| Completamente imobilizado | 1 | Acamado | 1 |
| Muito limitado | 2 | Restrito à cadeira | 2 |
| Ligeiramente limitado | <i>3</i> | Caminha ocasionalmente | <i>3</i> |
| Nenhuma limitação | 4 | Caminha frequentemente | 4 |
| UMIDADE | | FRICÇÃO E CISALHAMENTO | |
| Constantemente úmida | 1 | Problema | 1 |
| Frequentemente úmida | 2 | Problema Potencial | 2 |
| Ocasionalmente úmida | <i>3</i> | Nenhum problema aparente | <i>3</i> |
| Raramente úmida | 4 | | |
| PONTOS: | <i>19</i> | | |

UA Escala de Agitação e Sedação de Richmond - RASS

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

5 - DISPOSITIVOS INVAZIVOS

| Tubo Orotraqueal | Catéter Venoso Periférico: | Sonda <input type="checkbox"/> Gástrica / <input type="checkbox"/> Enteral | Dreno: |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Data de instalação: ___/___/___ | Data de instalação: <i>24/10/20</i> | Data de instalação: ___/___/___ | Data de instalação: ___/___/___ |
| Data da Última Troca: ___/___/___ | Data da Última Troca: ___/___/___ | Data da Última Troca: ___/___/___ | Data da Última Troca: ___/___/___ |
| Data da Retirada: ___/___/___ | Data da Retirada: ___/___/___ | Data da Retirada: ___/___/___ | Data da Retirada: ___/___/___ |
| Traqueostomia | Catéter Venoso Central: | Sonda Vesical de Demora | Outros: |
| Data de instalação: ___/___/___ | Data de instalação: ___/___/___ | Data de instalação: ___/___/___ | Data de instalação: ___/___/___ |
| Data da Última Troca: ___/___/___ | Data da Última Troca: ___/___/___ | Data da Última Troca: ___/___/___ | Data da Última Troca: ___/___/___ |
| Data da Retirada: ___/___/___ | Data da Retirada: ___/___/___ | Data da Retirada: ___/___/___ | Data da Retirada: ___/___/___ |

HOSPITAL CIRURGIA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

NCME COMPLETO: William
 DATA DE NASCIMENTO: 14/9/90 LEITO: FJ3 REGISTRO: J214977

SEXO: Masculino Feminino DATA DE ADMISSÃO: 23/10/20 DATA: 26/10/20 HORA: h

A - INDICADORES DE GRAVIDADE
 VIA AÉREA: Normal Tudo endotraqueal Cânula Traqueal VENTILAÇÃO: Espontânea Ventilação mecânica Aporte de Oxigênio
 FC: bpm FR: l/min PAN: mmHg Temperatura: °C Sat. de O2: % PAM: mmHg PVC: mmHg

| Escala de Morse | | |
|---|-------------------------------------|--|
| HISTÓRICO DE QUEDAS | MARCHA | |
| Não | 0 | Normal/sem deambulação/acompanhado ou Cadeira de Rodas <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sim | <input checked="" type="checkbox"/> | Fraca 10 |
| DISPOSITIVO ENDOVENOSO | | |
| Não | 0 | Construtivista ou Camisinha 10 |
| Sim | <input checked="" type="checkbox"/> | AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO |
| Sim | <input checked="" type="checkbox"/> | Não tem. Acomodou ou Auxílio por Profissional da Saúde <input checked="" type="checkbox"/> |
| DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO | | |
| Não | 0 | Muletas, Bengala ou Andador 15 |
| Sim | <input checked="" type="checkbox"/> | Mobilidade ou Parede 30 |
| Sim | 15 | ESTADO MENTAL |
| | | Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | Supera/tem capacidade ou Equívoco limitações 15 |
| PONTOS: | | |
| Escala de Coma de Glasgow: (MRO: <u>4</u> + MRV: <u>5</u> + MRM: <u>6</u>) = <u>15</u> | | |
| Escala de Dor (0-10): <u>0</u> | | |
| Escala de CAM-ICU (DELIRIUM): | | |

| Escala de Braden | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| PERCEÇÃO SENSORIAL | | NUTRIÇÃO | |
| Completamente limitada | 1 | Muito pobre | 1 |
| Muito limitada | 2 | Inadequada | 2 |
| Ligeiramente limitada | 3 | Adequada | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nenhuma alteração | <input checked="" type="checkbox"/> | Excelente | 4 |
| MOBILIDADE | | ATIVIDADE | |
| Completamente imobilizado | 1 | Acomodado | 1 |
| Muito limitado | 2 | Restrito a sedir | 2 |
| Ligeiramente limitado | <input checked="" type="checkbox"/> | Cambinha ocasionalmente | 3 |
| Nenhuma limitação | 4 | Cambinha frequentemente | <input checked="" type="checkbox"/> |
| UMIDADE | | FRICÇÃO E CISCALHAMENTO | |
| Constantemente úmida | 1 | Problema | 1 |
| Frequentemente úmida | 2 | Problema Potencial | 2 |
| Ocasionalmente úmida | 3 | Nenhum problema aparente | 3 |
| Raramente úmida | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| PONTOS: | | | |

| Escala de Agitação e Sedação de Richmond - RASS | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|----------------------|---|----|
| Combativo | Excessivamente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde | +4 | Torporoso | Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e responde ocular ao estímulo verbal por < 10seg | -1 |
| Muito Agitado | Agressivo, pode morder tubos e cateteres | +3 | Sedado leve | Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por < 10seg | -2 |
| Agitado | Movimentos não-intencionais frequentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica) | +2 | Sedado moderado | Movimento e abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador | -3 |
| Inquieto | Ansioso, inquieto, mas não agressivo | +1 | Sedado profundamente | Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico | -4 |
| Alerta e calmo | | <input checked="" type="checkbox"/> | Coms | Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico | -5 |

| 5 - DISPOSITIVOS INVASIVOS | | | |
|----------------------------------|--|--|----------------------------------|
| Tubo Orotraqueal | Catéter Venoso Periférico: <u>AVPMSD</u> | Sonda <input type="checkbox"/> Gástrica / <input type="checkbox"/> Enteral | Dreno: |
| Data de Instalação: <u> </u> | Data de Instalação: <u>23/10/20</u> | Data de Instalação: <u> </u> | Data de Instalação: <u> </u> |
| Data da Última Troca: <u> </u> | Data da Última Troca: <u> </u> | Data da Última Troca: <u> </u> | Data da Última Troca: <u> </u> |
| Data da Retirada: <u> </u> | Data da Retirada: <u> </u> | Data da Retirada: <u> </u> | Data da Retirada: <u> </u> |
| Traqueostomia | Catéter Venoso Central: | Sonda Vesical de Demora | Outros: |
| Data de Instalação: <u> </u> | Data de Instalação: <u> </u> | Data de Instalação: <u> </u> | Data de Instalação: <u> </u> |
| Data da Última Troca: <u> </u> | Data da Última Troca: <u> </u> | Data da Última Troca: <u> </u> | Data da Última Troca: <u> </u> |
| Data da Retirada: <u> </u> | Data da Retirada: <u> </u> | Data da Retirada: <u> </u> | Data da Retirada: <u> </u> |

C - EXAME FÍSICO

FOCO NEUROLÓGICO: C101V/VE

Pup. las: Isocóricas Anisocóricas Mioticas Midriáticas Resposta Motora: Normal Paralis Híge Localização: _____

Resposta Pupilar: Reativa OE OD Não Reativa OE OD Sensibilidade: Normal Parestesia Anestesia Localização: _____

FOCO CARDIOVASCULAR: Ausculta:

Puls: Rítmico Arritmico Cheio Filiforme | Pele: Corada Hipocorada Ciárdica Edem: Ausente Presente

FOCO RESPIRATÓRIO: Ausculta:

R. ambiente Mésora Cráter nasal Tubo endotraqueal Traqueostomia Eupneico Taquipneico Bradipneico Ortopneico Dispneico

FOCO GASTROINTESTINAL:

Aspecto: Flaco Globoso Flácido Distendido Dor a palpação Indolor Ruídos: Presentes Ausentes Diminuídos Aumentados

URINÁRIOS:

Durisa: Normal Disúria Poliúria Oligúria Anúria Urina: Amarelo claro Concentrada Colúria Hematúria Piúria Fétida

Defecação: Presente Ausente (dia 4 dias) Fezes: Normal Endurecida Pastosa Líquida Moleta Hematoquezia


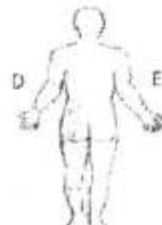
APARELHO LOCOMOTOR:

Edema articular/muscular: Ausente Presente Local: _____ Alteração Trófica: Ausente Presente Local: _____

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

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

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

| AVALIAÇÃO DO TEGUMENTO | Local | Esp. | Lesão Por Pressão ¹ <u>NA</u> | |
|---|-------|------|--|------------|
| | | | Característica | Tratamento |
|  | | | | |
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

D - CONDIÇÃO DE ENFERMIAGEM:

Paciente consciente, orientada, aguardando consulta médica

[Assinatura]
 EQUIPES
 504547-EM



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO:
WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO:
14/09/1990

LEITO:
F13

REGISTRO:
1214977

| | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|--|---------|-------|--------|--------|-------|--------|----------------|
| 1 | / | / | / | / | 23/10 | 24/10 | 25/10 |
| 2 | | | | | I | M | M |
| 3 | | | | | I | M | ME |
| 4 | | | | | I | M | M |
| 5 | | | | | I | M | M |
| 6 | | | | | I | M | M |
| 7 | | | | | I | M | M |
| OBSERVAÇÕES: | | | | | | | |
| LEGENDA: | | | | | | | |
| I : INICIAL / PI: PIOROU / ME: MELHOROU / M: MANTIDO / R: RESOLVIDO / NA: NÃO APLICA | | | | | | | |
| | | | | | | | SB9 695 JPA |



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS
 DATA DE NASCIMENTO: 14/09/1990
 LEITO: F13
 REGISTRO: 1214977

| | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | / | / | / | / | 23/10 | 24/10 | 25/10 |
| 2 | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N |
| 3 | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N |
| 4 | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N |
| 5 | ATT | ATT | ATT | ATT | ATT | ATT | ATT |
| 5.1 | / | / | / | / | / | / | / |
| 6 | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N |
| 7 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 |
| 7.1 | / | / | / | / | / | / | / |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: | <p>1. Orientar o pacientes desde a sua admissão até sua alta hospitalar, o significado e importância do uso da pulseira de identificação.</p> <p>2. Estabelecer uma comunicação efetiva junto ao paciente e família, buscando sempre identificar os seus anseios e dificuldades orientando e sanando dúvidas.</p> <p>3. Verificar ferida operatória e monitorizar sangramento.</p> <p>4. Esclarecer dúvidas sobre o tratamento, tipo e local da cirurgia proposta bem como explicar procedimentos a serem realizados e rotinas institucionais.</p> <p>5. Realizar higienização das mãos com água e sabão a cada procedimento realizado.</p> <p>5.1. Realizar troca de dispositivos invasivos (AVP) a cada 96 horas e/ou sempre que necessário.</p> <p>6. Orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas e manter grades no leito</p> <p>7. Realizar mudança de decúbito 2/2h</p> <p>7.1. Aplicar película transparente não estéril impermeável em proeminências ósseas a cada 7 dias e/ou conforme necessidade</p> | <p>TEC. MANHÃ</p> <p>TEC. TARDE</p> <p>TEC. NOITE</p> <p>ENF. REFERÊNCIA</p> | <p>TEC. MANHÃ</p> <p>TEC. TARDE</p> <p>TEC. NOITE</p> <p>ENF. REFERÊNCIA</p> | <p>TEC. MANHÃ</p> <p>TEC. TARDE</p> <p>TEC. NOITE</p> <p>ENF. REFERÊNCIA</p> | <p>TEC. MANHÃ</p> <p>TEC. TARDE</p> <p>TEC. NOITE</p> <p>ENF. REFERÊNCIA</p> | <p>TEC. MANHÃ</p> <p>TEC. TARDE</p> <p>TEC. NOITE</p> <p>ENF. REFERÊNCIA</p> | <p>TEC. MANHÃ</p> <p>TEC. TARDE</p> <p>TEC. NOITE</p> <p>ENF. REFERÊNCIA</p> |





DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO:
WILLIANE CONCEIÇÃO DOS SANTOS

LEITO:
F13

REGISTRO:
1214977

DATA DE NASCIMENTO:
14/09/1990

| | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|--------------|---|--|--------|--------|-------|--------|---------|
| 1 | 26/10 | 27/10 | / | / | / | / | / |
| 2 | M | M | | | | | |
| 3 | M | M | | | | | |
| 4 | M | M | | | | | |
| 5 | M | M | | | | | |
| 6 | M | M | | | | | |
| 7 | NA | NA | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: |  |  | | | | | |
| LEGENDA: | I: INICIAL / PI: PIOROU / ME: MELHOROU / M: MANTIDO / R: RESOLVIDO / NA: NÃO APLICA | | | | | | |



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO:
WILLIAM COMEÇIÇÃO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO:
14/09/1990

LEITO:
F13

REGISTRO:
1224977

| | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 26/10 | 27/10 | 28/10 | / | / | / | / |
| 2 | | | | M T N | M T N | M T N | M T N |
| 3 | 20H | 20H | 20H | 20H | 20H | 20H | 20H |
| 4 | | | | M T N | M T N | M T N | M T N |
| 5 | ATT | ATT | ATT | ATT | ATT | ATT | ATT |
| 5.1 | | | | / | / | / | / |
| 6 | | | | M T N | M T N | M T N | M T N |
| 7 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 | 08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06 |
| 7.1 | | / | / | / | / | / | / |
| 7.2 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | | | | | |

Graciele Paulete S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

Téc. de Enfermagem
COREN-SE 102.925

NUMERO LUMPLETU:

William E. da Silva

DATA DE NASCIMENTO:

14.09.90

LETO:

813

REGISTRO:

1214971

| DATA: 23/10/20 | HORÁRIO | 7H | 8H | 9H | 10H | 11H | 12H | 13H | 14H | 15H | 16H | 17H | 18H | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------|----|----|-----|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|---|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21-24 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | | | | | | | | 18 | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | | | | | | | | 98 | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | | | | | | | | X | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39.1° | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38.1 - 39° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36.1 - 38° | | | | | | | | | | | 36.3 | | 0 |
| | 35.1 - 36° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35° | | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | | | | | | | | 90 | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | | | | | | | | X | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SCORE TOTAL | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEIRO (MANHÃ) | TÉCNICO DE ENFERMAGEM (MANHÃ) | ENFERMEIRO (TARDE) | | | | TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TARDE) | | | | | | | | |

| DATA: 23/10/20 | HORÁRIO | 19H | 20H | 21H | 22H | 23H | 24H | 1H | 2H | 3H | 4H | 5H | 6H | |
|------------------------------|------------|-----|-----|-----|------|-----|-----|----|----|----|------|----|----|---|
| FREQUÊNCIA RESPIRATORIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21-24 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | 18 | | | | | | 18 | | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39.1° | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38.1 - 39° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36.1 - 38° | | | | 36.8 | | | | | | 36.7 | | | 0 |
| | 35.1 - 36° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | 114 | | | | | | 120 | | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| T-FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | 79 | | | | | | 80 | | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | ✓ | | | | | | | ✓ | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | 3 |
| ESCORE TOTAL | | | | | 0 | | | | | | | 0 | | |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | |

ENFERMEIRO (PLANTÃO)
[Assinatura]
 CRP: 02319/04

TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PLANTÃO)
 José de Andrade
 CRP: 201.326.119

*V/D/NR: RESPONDE A ESTÍMULO VERBAL OU DOLOROSO OU NÃO RESPONDE

HOSPITAL
CIRURGIA
TABELA NEWS

NUMERO LUMPLER/02

William e dos Santos

DATA DE NASCIMENTO: 14.09.90 LEITO: F13 REGISTRO: 1214977

| DATA: 24/10/20 | HORÁRIO | 7H | 8H | 9H | 10H | 11H | 12H | 13H | 14H | 15H | 16H | 17H | 18H | |
|------------------------------|------------|----|----|----|--------|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|---|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21 - 24 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12 - 20 | | | | 16 | | | | | | 17 | | | 0 |
| | 9 - 11 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | 97 | | | | | | 98 | | | 0 |
| | 94 - 95 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92 - 93 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | X | | | | | | X | | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39.1º | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38.1 - 39º | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36.1 - 38º | | | | 36.2 | | | | | | 36.1 | | | 0 |
| | 35.1 - 36º | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35º | | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | 120/80 | | | | | | 120/80 | | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | 90 | | | | | | 84 | | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | X | | | | | | X | | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | 3 |
| ESCORE TOTAL | | | | | 0 | | | | | | 0 | | | |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | |

ENFERMEIRO (MANHÃ)



TÉCNICO DE ENFERMAGEM (MANHÃ)

Lílian Santos Braga

ENFERMEIRO (TARDE)



TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TARDE)

Liliane Santos Braga

| DATA: / / | HORÁRIO | 19H | 20H | 21H | 22H | 23H | 24H | 1H | 2H | 3H | 4H | 5H | 6H | |
|---|------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|----|----|------|----|----|----|---|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21-24 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | 19 | | | | | | 18 | | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | | | | | | | | | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39.1° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 38.1 - 39° | | | | 38.5 | | | | | 36.1 | | | | 0 |
| | 36.1 - 38° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 35.1 - 36° | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | ≤ 35 | | | | | | | | | | | | | |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | 120 | | | | | 120 | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | 120 | | | | | 120 | | | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | 120 | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | 120 | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | 109 | | | | | 109 | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | 3 |
| ESCORE TOTAL | | | | | 01 | | | | | 03 | | | | |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEIRO (PLANTÃO) Barbara Inês Correia Santos COREN/SE 108689-5 TE | | | | | TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PLANTÃO) Barbara Inês Correia Santos COREN/SE 108689-5 TE | | | | | | | | | |

*V/D/NR: RESPONDE A ESTÍMULO VERBAL OU DOLOROSO OU NÃO RESPONDE

CIRURGIA
TABELA NEWS

Meliane Conencas da Santa
 DATA DE NASCIMENTO: 14.09.1990 LEITO: K13 REGISTRO: 1214882

| DATA: 25/10/2020 | HORÁRIO | 7H | 8H | 9H | 10H | 11H | 12H | 13H | 14H | 15H | 16H | 17H | 18H | |
|------------------------------|------------|----|----|----|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----------------------|-----|-----|---|
| FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21 - 24 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | 18 | | | | | | 18 | | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | 98 | | | | | | 97 | | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | x | | | | | | x | | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39.1º | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38.1 - 39º | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36.1 - 38º | | | | 36.2 | | | | | | 36.3 | | | 0 |
| | 35.1 - 36º | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35º | | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | 122 88 | | | | | | 120 88 | | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQÜÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | 88 | | | | | | 81 | | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | x | | | | | | x | | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | 3 |
| ESCORE TOTAL | | | | | 0 | | | | | | 0 | | | |
| FREQÜÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICÊMIA | | | | | | | | | | | | | | |

ENFERMEIRO (MANHÃ) *[assinatura]*
 TÉCNICO DE ENFERMAGEM (MANHÃ) *[assinatura]*
 ENFERMEIRO (TARDE) *[assinatura]*
 TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TARDE) *[assinatura]*

| DATA: 25/10/20 | | HORÁRIO | 13H | 20H | 21H | 22H | 23H | 24H | 1H | 2H | 3H | 4H | 5H | 6H |
|---------------------------------|------------|--|-----|-----|-----|------|-----|-----|----|----|----|------|----|----|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21-24 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | | 18 | | | | | | 19 | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39,1° | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38,1 - 39° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36,1 - 38° | | | | | 36,6 | | | | | | 36,5 | | 0 |
| | 35,1 - 36° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | | 125 | | | | | | 112 | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | | 90 | | | | | | 70 | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | 3 |
| ESCORE TOTAL | | | | | | 0 | | | | | | 0 | | |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEIRO (PLANTÃO) | | Topy Nina Santana Menezes Enfermeiro | | | | | | | | | | | | |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PLANTÃO) | | Joselice de Andrade Técnico de Enfermagem COREN-SE 001.186.709 | | | | | | | | | | | | |

*V/D/NR: RESPONDE A ESTIMULAÇÃO VERBAL OU DOLOROSO OU NÃO RESPONDE

NOME COMPLETO:

William Conneias dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

14.03.1990

LETO:

F13

REGISTRO:

1314882

| DATA: 26/10/2020 | HORÁRIO | 7H | 8H | 9H | 10H | 11H | 12H | 13H | 14H | 15H | 16H | 17H | 18H |
|------------------------------|------------|----|----|----|--------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21-24 | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | 19 | | | | | | 19 | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | 96 | | | | | | 99 | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | ✓ | ✓ | | | | | × | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39.1º | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38.1 - 39º | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36.1 - 38º | | | | 36.1 | | | | | | 36.7 | | 0 |
| | 35.1 - 36º | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35º | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | 113/70 | | | | | | 12/8 | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | 90 | | | | | | 90 | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | ✓ | | | | | | × | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | 3 |
| SCORE TOTAL | | | | | 0 | | | | | | 0 | | |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | |
| GLUCEMIA | | | | | | | | | | | | | |

ENFERMEIRO (MANHÃ) - João Vitor S. Santos
COREN-SE 204 - ENF.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM (MANHÃ) - Elizabeth
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 1203.671

ENFERMEIRO (TARDE)

TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TARDE) -
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 12129

| DATA: / / | HORÁRIO | 19H | 20H | 21H | 22H | 23H | 24H | 1H | 2H | 3H | 4H | 5H | 6H | |
|--|------------|-----|-----|-----|---------------------------------|-----|-----|----|----|----|----|-----|----|---|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21 - 24 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | 18 | | | | | | 18 | | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | 99 | | | | | | | 100 | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | 0 | | | | | | | 5 | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39.1° | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38.1 - 39° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36.1 - 38° | | | | 37 | | | | | | | 36 | | 0 |
| | 35.1 - 36° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | 120 | | | | | | | 100 | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | 100 | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | 92 | | | | | | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | | | | | | | | | 36 | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | X | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | X | | | | | | | | X | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | 3 |
| ESCORE TOTAL | | | | | 03 | | | | | | | | 0 | |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEIRO (PLANTÃO) Gislana Xavier Ramos COREN - SE 385.750 - ENF | | | | | TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PLANTÃO) | | | | | | | | | |

*V/E/NR: RESPONDE A ESTÍMULO VERBAL OU DOLOROSO OU NÃO RESPONDE.



| DATA: 27/10/2010 | HORÁRIO | 7H | 8H | 9H | 10H | 11H | 12H | 13H | 14H | 15H | 16H | 17H | 18H | |
|------------------------------|------------|----|----|----|-------------------|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|---|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21-24 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | 18 | | | | | 18 | | | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | 99 | | | | | 99 | | | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | X | | | | | X | | | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39,1º | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38,1 - 39º | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36,1 - 38º | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 35,1 - 36º | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35º | | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | 127/80 | | | | | 137/8 | | | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | 90 | | | | | 80 | | | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | X | | | | | X | | | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SCORE TOTAL | | | | | 0 | | | | | 0 | | | | |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | |

ENFERMEIRO (MANHÃ)

[Signature]

TÉCNICO DE ENFERMAGEM (MANHÃ)

Greisela Erujale S. Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 1203.671

ENFERMEIRO (TARDE)

João Victor S. Santos
COREN/SE 1204-ENF.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TARDE)

Téc. de Enfermagem
COREN/SE 1212

| DATA: 27/10/20 | | HORÁRIO | 19H | 20H | 21H | 22H | 23H | 24h | 1H | 2H | 3H | 4H | 5H | 6H | |
|---|------------|---------|-----|-----|-----|------|-----|--|----|----|----|------|----|----|---|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21 - 24 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | 18 | | | | | | 18 | | | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39.1° | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38.1 - 39° | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36.1 - 38° | | | | | 36.6 | | | | | | 36.6 | | | 0 |
| | 35.1 - 36° | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | | 128 | | | | | | 171 | | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | | 107 | | | | | | 96 | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | | ✓ | | | | | | | ✓ | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| ESCORE TOTAL | | | | | | 1 | | | | | | | 0 | | |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEIRO (PLANTÃO) <i>Leandro E. dos Santos</i> COORDENADOR | | | | | | | | TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PLANTÃO) <i>Joselice de Andrade</i> Técnico de Enfermagem COREN-SE 001.186.709 | | | | | | | |

*V/E/NR: RESPONDE A ESTÍMULO VERBAL OU DOLOROSO OU NÃO RESPONDE

| DATA: 28/10/20 | HORÁRIO | 7H | 8H | 9H | 10H | 11H | 12H | 13H | 14H | 15H | 16H | 17H | 18H | |
|------------------------------|------------|----|----|----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≥ 25 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 21-24 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 12-20 | | | | 18 | | | | | | | | | 0 |
| | 9-11 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 8 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| SATURAÇÃO DE O ₂ | ≥ 96 | | | | 97 | | | | | | | | | 0 |
| | 94-95 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 92-93 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 91 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| O ₂ % SUPLEMENTAR | SIM | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | NÃO | | | | ✓ | | | | | | | | | 0 |
| TEMPERATURA | ≥ 39.1° | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 38.1 - 39° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 36.1 - 38° | | | | 36.5 | | | | | | | | | 0 |
| | 35.1 - 36° | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 35° | | | | | | | | | | | | | 3 |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≥ 220 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 219 | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 101 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 91 - 100 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | ≤ 90 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | ≥ 131 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | 111 - 130 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | 91 - 110 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | 51 - 90 | | | | 90 | | | | | | | | | 0 |
| | 41 - 50 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ≤ 40 | | | | | | | | | | | | | 3 |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | | | | 0 | | | | | | | | | 0 |
| | V/D/NR* | | | | | | | | | | | | | 3 |
| ESCORE TOTAL | | | | | 0 | | | | | | | | | |
| FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | |

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

Eu **WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS**

CPF Nº 05541156548, RG Nº 22427724, residente e domiciliado no AV. PERIMETRAL H Nº 1123 Bairro: MRCOS FREIRE II , Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO declara, para os devidos fins, sob as penas de lei, está ciente da proibição de produção e/ou veiculação de fotos e /ou filmagem de quaisquer áreas de dependência do Hospital Cirurgia, bem como se seus pacientes, internos, funcionários e demais colaboradores.

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

Aracaju, 21 de OUTUBRO de 2020

(dia)

(mês)

(ano)

Williane Conceicao dos Santos

DECLARANTE,



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

Eu, **WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS**, CPF Nº 05541156548, RG Nº 22427724, residente e domiciliado na **AVENIDA PERIMETRAL H Nº 1123** Bairro: **MARCOS FREIRE II**, Cidade: **NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE**, cartão SUS Nº **704607687335424**. DECLARO esta ciente que o atendimento no **HOSPITAL DE CIRURGIA** é custeado pelo **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)** e que nenhum valor será cobrado ou devido para a realização de qualquer exame ou procedimento porventura necessário ao tratamento do paciente enquanto estive internado

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

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

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

Aracaju, _____ de _____ de _____
(dia) (mês) (ano)

Williane Conceicao dos Santos

DECLARANTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSFUSÃO DE SANGUE

Com relação às transfusões de sangue e seus componentes, declaro esta CIENTE que:

1. O médico assistente da instituição poderá, a seu critério, indicar transfusões de sangue ou seus componentes para o meu tratamento;
2. A Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia realiza transfusões apenas a partir de doadores voluntários, razão pela qual poderei receber solicitação de doações de reposição, a título de colaboração, no sentido de substituir as unidades de sangue e hemocomponentes que eu eventualmente venha receber;
3. Em nenhum momento meu tratamento estará vinculado à apresentação de doadores de sangue e o único critério para definir a liberação de unidades para transfusões e a disponibilidade junto ao estoque de sangue;
4. O controle de qualidade realizado durante o processo de coleta e processamento de sangue está de acordo com as normas sanitárias brasileiras, notadamente na seleção e triagem dos candidatos à doação e na realização de testes laboratoriais no sangue doador, objetivando o máximo de segurança possível nas transfusões;
5. Mesmo com a realização de todos os testes acima citados e, com as aplicações de todo o rigor técnico e dos métodos mais modernos que a medicina permite, é possível a ocorrência de reações e efeitos colaterais relacionados às transfusões de sangue que envolve riscos imediatos ou tardios, em virtude de se tratar de material biológico;
6. Caso deseje, poderei discutir com meu médico assistente as vantagens e desvantagens do uso de transfusões como alternativa terapêutica para o tratamento;
7. Os médicos e funcionários do Hospital de Cirurgia estão à disposição para o esclarecimento de dúvidas sobre quaisquer dos pontos acima mencionados.
8. Estou ciente que a retirada do consentimento pode ser solicitada a qualquer momento da minha internação.

Aceito a transfusão de hemocomponentes e estou dando consentimento para que a Agência Transfusional do Hospital de Cirurgia faça a administração do sangue ou seus derivados prescritos pelos médicos, quando necessário, no período do meu tratamento nesta instituição.

Não Aceito que a Agência Transfusional do Hospital de Cirurgia faça a administração do sangue ou seus derivados mesmo prescritos pelos médicos e assumo todos os riscos e efeitos desta decisão.

Nome do Paciente: William Conceição dos Santos

Nome do Responsável legal: _____

Grau de parentesco: _____ Data de Nascimento: 14/09/90

Documento de Identificação: 22427724

Aracaju, 23/10/2020 Hora: 16:00 h

x William Conceição dos Santos

Assinatura do ou do responsável legal



**TERMO DE ESCLARECIMENTO
SOBRE RISCO DE QUEDAS**

As quedas são eventos frequentes entre crianças e pessoas acima de 60 anos. Podem agravar o quadro de saúde do paciente, provocando fraturas, sangramentos, ferimentos na pele, traumas na cabeça, situações que prolongam o período de internação e até mesmo podem levar a morte (BRASIL, 2013). Alguns fatores como medicações, fragilidades físicas do paciente (limitações para andar ou vestir-se), entre outros, podem aumentar o risco de queda no ambiente hospitalar.

Após avaliação do risco de queda do (a) Sr (a) William Conceição dos Santos

Orientamos para reduzir o risco de queda que:

- As grades da cama devem ficar sempre elevadas;
- O paciente deve evitar levantar subitamente da cama devido à tontura e hipotensão postural;
- Não sair da cama sem solicitar auxílio da equipe de enfermagem;
- Não ir ao banheiro sozinho, sempre solicitar ajuda ao acompanhante ou a Equipe de Enfermagem;
- Informar a Equipe sempre que for ficar sem acompanhante;
- O quarto deve ficar com as luzes sempre acesas;
- Usar sempre calçados antiderrapantes;
- Solicitar ajuda da enfermagem sempre que tiver necessidade ou dúvidas;
- Se necessário será realizado contenção mecânica conforme prescrição médica para pacientes elegíveis (alteração do nível de consciência).

Diante do exposto acima, Eu, William Conceição dos Santos, portador do documento de nº 22427724, Data de Nascimento: 14/10/1990, abaixo assinado, confirmo que fui orientado sobre o risco de queda e me comprometo em colaborar com as ações que visam minimizar este risco.

Data: 23/10/20

William Conceição dos Santos

Assinatura do paciente e/ou acompanhante

José Victor S. Santos
J

Assinatura do Enfermeiro (a)

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

| | | |
|--|----------------------|-----------------------------|
| NOME COMPLETO: <i>Williane Conceição dos Santos</i> | | |
| DATA DE NASCIMENTO: <i>14/09/1990</i> | LEITO: <i>F13</i> | REGISTRO: <i>1214977</i> |

| | | | | |
|---|-------|---|--------|-------------|
| SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO | PESO: | FUNÇÃO RENAL: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA | URÉIA: | CREATININA: |
|---|-------|---|--------|-------------|

CULTURA: SOLICITADA NÃO SOLICITADA POSITIVA GERME ISOLADO:

TREATAMENTO ANTIMICROBIANO PRÉVIO: SIM NÃO QUAIS:

RESPIRATÓRIA URINÁRIA ENCÉFALO PELE E PARTES MOLES SANGUE OSSO ABDOMEN OUTROS:

ANTIMICROBIANOS SOLICITADOS:

| MEDICAMENTO / DOSE | VIA | POSOLOGIA | DIAS |
|----------------------|-----------|-------------|----------|
| <i>Cefalotina 1g</i> | <i>EV</i> | <i>6/6h</i> | <i>7</i> |
| | | | |
| | | | |

SE O TEMPO DE USO DO ANTIMICROBIANO FOR MAIOR QUE 14 DIAS, JUSTIFIQUE:

PARER DA INFECTOLOGIA

LIBERADO POR QUANTOS DIAS: _____ SUGESTÃO DE AJUSTE:

LISTA DE ANTIBIÓTICOS PADRONIZADOS E DOSES USUAIS

| | | |
|---|---|---|
| Amoxicina 500mg/2ml ampola | Cefepima 2g frasco ampola | Metronidazol 500mg/100ml bolsa |
| Azoxilina 500mg cápsula | Ceftriaxona 1g frasco ampola | Oxacilina 500mg frasco ampola |
| Ampicilina 1g + Sulbactam 2g | Ciprofloxacino 200mg/100ml bolsa | Piperacilina-tazobactam 4,5g |
| Ampicilina 500mg cápsula | Ciprofloxacino 500mg comprimido | Teicoplanina 400mg |
| Ampicilina Sódica 1g Frasco-Ampola | Fluconazol 2mg/1ml 100ml sol. inj. | Vancomicina 500mg frasco ampola |
| Antitericina B 50mg pó liofilo | Fluconazol 150mg | |
| Aztreomicina 500mg cápsula | Gentamicina 40mg/ml | |
| Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI | Gentamicina 80mg/2ml | Aciclovir 200mg comprimido (PADRONIZOU?) |
| Benzilpenicilina potássica 5000.000ui frasco ampola | Imipen 500mg + cilastina sódica 500mg frasco ampola | Aciclovir 250 frasco ampola (PADRONIZOU?) |
| Cefalexina 250mg/5ml 100ml suspensão oral | Levofloxacino 5mg/ml bolsa 100ml | |
| Cefalexina 500mg comprimido | Meropenem 1g frasco ampola | |
| Cefalotina 1g frasco ampola | Metronidazol 250mg comprimido | |
| Cefazolin 1g frasco ampola | | |
| Cefepima 1g frasco ampola | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Dr.º Roberto Lima
Ortopedia Traumatologia
CRM - 1175



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

NOME DO PACIENTE: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS DATA DE ADMISSÃO: 23/10/2020
 NOME DA MAE: LUCIENE DA CONCEICAO DOS SANTOS DATA DE NASCIMENTO: 14/09/1990
 ENDEREÇO: AVENIDA PERIMETRAL H Nº1123
 CNS: 704607687335424 PLANO DE SAUDE: SUS ESTADO/SE
 NATURALIDADE: ARACAJU
 TELEFONE: 996934654 REGIÃO DE SAÚDE: SE

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

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO: Dor abdominal

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Dor de modo lático
 EF. Dor abdominal

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:
 Nda

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS (ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)
 Rx: Fratura de costela

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

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS
 Atualizar

Dr. Paulo Sérgio
 Cirurgião
 CRM 101.120.1200

| PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| PRESSÃO ARTERIAL | SATURACÃO DE O2 | FREQUÊNCIA CARDÍACA | FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | GLUCEMIA | URÉIA | CREATININA |
| 12x6 | 98% | 120 | | | | |
| HEMOGLOBINA | LEUCÓCITOS | POTÁSSIO | USO DE O2: SIM () NÃO () | SECRETIVO: SIM () NÃO () | INTUBADO: NÃO () SIM () | COLAR CERVICAL: SIM () NÃO () |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---|---|----------------------|---------------------------|------|--------------------------------------|
| INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS | | | | | | | |
| DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO | INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO | ALIMENTAÇÃO: ORAL () SNE () NPE () GTT () | ISOLAMENTO: SIM () RESPI () CONTATO () NÃO () | INSUF RENAL: SIM/NÃO | ANTIBIÓTICOS: DE USO (Dx) | DIAS | ESCALA DE COMA DE GLASGOW AQ/MBV/MRM |

| | | | |
|------------|------------|---------|--------|
| MOTILIDADE | | | |
| DEAMBULA | CADEIRANTE | ACAMADO | OUTROS |

HIPOTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) **Fratura clavícula**

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO **Tratamento**

É VEDADO AO MÉDICO

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

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

| | | | |
|--------------------|-------------|--------------|-------|
| Médico Solicitante | | NIR | |
| Data: 03/10/2017 | Assinatura: | Data: | Hora: |
| Hora: | Carimbo: | Responsável: | |

| | | | |
|------------------------|-------------|-------------------|-------|
| Médico do NIR | | CRL (RECEBIMENTO) | |
| Data: | Assinatura: | Data: | Hora: |
| Hora: | Carimbo: | Responsável: | |
| Comentários Médico CRL | | CRL (Autorização) | |
| | | Data: | Hora: |
| | | MR: | |
| | | Código: | |
| | | Assinatura: | |

ATENÇÃO

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

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

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

| | | | | |
|-----------|-------------------------------|---------|-------|----------|
| Nome: | WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS | | | |
| DN: | Idade: | 30 Anos | Data: | 14/12/20 |
| Convênio: | PARTICULAR | | VP: | 791045 |

RADIOGRAFIA DA CLAVICULA E

Os seguintes aspectos foram observados:

Status pós cirúrgico para correção de fratura no terço médio da clavícula, com haste metálica.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações apreciáveis.



Dra. Márcia Dolores Nunes Teixeira Costa
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM-SE 2144



CLAVICULA

781045 50 57%
WILLIAMI CONCEICAO DOS SANTOS (F) 50Y
EXP 14.12.2020 / 09:17 RT-02

União
50021 WILLIAM CONCEICAO DOS SANTOS (P) 30Y
SE. IREN CLARICA DESSA@GMA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DETRAN/DETRAN/DETRAN/DETRAN/DETRAN

gov.br

DETRAN - RJ

TRT000004

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM
01081540920



Valide este QR code com app Vivo

PLACA EXERCÍCIO
QKV0812 2020

ANO FABRICAÇÃO ANO MODELO
2016 2016

ESPÉCIE / TIPO
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO
HONDA/CG 160 TITAN EX

PLACA ANTERIOR / UF CHASSI
*****/** 9C2KC2210GR031877

COR PREDOMINANTE COMBUSTÍVEL
BRANCA ALCOOL/GASOLINA

CATEGORIA
PARTICULAR

CAPACIDADE
.

POTÊNCIA/CILINDRADA
0CV/162

PESO BRUTO TOTAL
0.29

MOTOR
KC22E1G031894

CMT
.

EIXOS
*

LOTAÇÃO
02P

CARROCERIA
NÃO APLICÁVEL

NOME
WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

DNV / CNPJ
055.411.565-48

LOCAL
NOSSA SENHORA DO SOCORRO SE

DATA
09/03/2020

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: _____ Data da solicitação: _____ DD/MM/AA

Nome do beneficiário: WILLIANE GONCALVES DOS SANTOS CPF do beneficiário: 055.411.565-48

Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 99628-0766 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____ (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ESTOU COM SEQUELAS GRAVÍSSIMAS APÓS ACIDENTE, QUERO QUE UM MÉDICO COMPETENTE POSSA ME AVALIAR E ATESTAR O GRÁUO DO AGRAVAMENTO DAS LESÕES E SEQUELAS, APÓS ACIDENTE. AGUARDO CONTATO.

29/10/2021
Local e Data

WILLIANE GONCALVES DOS SANTOS
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:
Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.
Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031914/21

Número do Sinistro: 3210034807

Vítima: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

CPF: 055.411.565-48

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLIANE CONCEICAO
DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 22/12/2021
Nome: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS
CPF: 055.411.565-48

WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/12/2021
Nome: CARLOS KLEBER SILVEIRA SANTOS
CPF: 949.200.525-53

CARLOS KLEBER SILVEIRA SANTOS

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210034807

Nome do(a) Examinado(a): WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA F, 48, , Nossa Senhora do Socorro/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/SE / 22427724

Data e local do acidente: 22/10/2020 - Nossa Senhora do Socorro/SE

Data e local do exame: 02/03/2021 - Aracaju/SE

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

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FRATURA DA CLAVÍCULA A ESQUERDA

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

PERICIADA VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 22/10/2020, FOI REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 01 FIO DE KIRSCHNER, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 28/10/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 08/01/2021, (INFORMADO PELA PERICIADA, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 15°, abdução aos 50°, adução aos 15°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

DÉFICIT FUNCIONAL SEVERO DO OMBRO ESQUERDO

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Ombro Esquerdo - Intenso - 75%

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

Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio N.
Otonari e Assessoria M.
CRM 1827
MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM - 1827 / UF - SE

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034807

Vítima: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034807

Vítima: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILLIANE CONCEICAO 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\$ 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003532**

Conta: **000000009944-1**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034807

Vítima: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 29/10/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034807

Vítima: WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/12/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 055.411.565-48 4 - Nome completo da vítima: WILLIANE COELHO 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: WILLIANE COELHO DOS SANTOS 6 - CPF: 055.411.565-48
 7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: RUA F 9 - Número: 48 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49160-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (79)99628-0766

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3532 CONTA: 00009944 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Imprensa registrada
 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, ARAGUASU/SE 27/01/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Williane Coelho dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS