



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CIVIL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202288001902

DATA:

24/02/2023

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSYTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20230224110302066 às 11:03 em 24/02/2023.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

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

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

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

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 leg. encaminhada ao Ortopedista
Rechaus e m
SD: Fratura humero
ca: encaminha para o Ortop



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

Fratura

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

Fratura

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

120151306

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. F. M. M.

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23.10.2020

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

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

() CNS () CPF

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

282010032579-0

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

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	<p># Willeen</p> <p>H1) - Fratura distal @</p> <p>C1) - Willeen</p> <p style="text-align: right;">Dr. Paulo Roberto Ortopedia / Traumatologia CRM-PR 4887 / CRM-SE 5303</p>
24/10/20	<p>Paciente com Fratura da clavícula @</p> <p>sem feridas</p> <p>CA = Aguarda colarinho</p> <p style="text-align: right;">Dr. Eduardo Barbosa Nunes Ortopedia / Traumatologia CRM-PR 4887 / CRM-SE 5303</p>
25/10/20	<p>Paciente com Fratura da clavícula @</p> <p>sem feridas</p> <p>CA = Aguarda colarinho</p> <p style="text-align: right;">Dr. Eduardo Barbosa Nunes Ortopedia / Traumatologia CRM-PR 4887 / CRM-SE 5303</p>
25/10/20	<p># Willeen conclui #</p> <p>paciente com fratura distal, repuxada, repuxada</p> <p>deve passar</p>

ACIDINAT
DEMU@ SIM
ABPHM@

PA = 120 x 80 mmHg
FC = 89 bpm
FA = 16,1 mm
T = 36,2

concl: lesões em nível médio de
energia vitelo-pulver
Nuprudando pelo energia (Nucleares
indolelogia)

PM 3218
DA^{va} AMMA

26/10/20

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

cd = Aguarda laboratório e cirurgia

NOME COMPLETO:		
Williane Conceição dos Santos		
DATA DE NASCIMENTO:	LEITO:	REGISTRO:
14/09/1991	F13	1214977

EXAME FÍSICO

EXAME LABORATORIAIS

28110120

28110120

1º Dia de PA de A da clavícula @

Paciente sem queixas no momento.

Cd: Arn Kirschner

Dr. Vicius Sobral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5189 RQE 3911

Dr. Roberto Lima
Ortopedia Traumatologia
CRM - 1172

28110120

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

Evolução 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.

DATA E HORA

NOME COMPLETO: <i>William Conceição dos Santos</i>		
DATA DE NASCIMENTO: <i>14/09/1990</i>	LEITO:	REGISTRO: <i>1214977</i>

DIAGNÓSTICOS

CONDIÇÕES

Data e Hora

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

RAIOS X / FBHC	DATA: <i>27/10/20</i>
EXAMES/IDENTIAS	VIGIL. TÉCNICO
<i>Cláudia E</i>	<i>Progerio</i>

PRESCRIÇÃO MÉDICA

F-13

NOME COMPLETO: William C. da Silva
 DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1990 LEITO: 1211858
 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).					22	10		
amentos	Metoclopramida 5mg/ml (Ampola de 2mL) Via EV DIRETO - diluído em 10ml de água destilada, infundir em 3min. (Frequência 08/08h).					24	08		
amentos	Glicose 25% (10 mL) - Administrar 4 ampolas (40 mL) via EV lento. Se glicemia capilar <80 mg/dL.					SOS			
amentos	Captozol 25mg Comprimido - Via Oral Se PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg					SOS			
amentos	SONDA VESICAL DE ALÚVIDO								
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.					SOS			
amentos	Fisioterapia respiratória 2 vezes ao dia								
amentos	Sinais vitais e Cuidados gerais de 6/6 h.								
amentos						ATT			
amentos						FINO			
amentos						22 10X	10		

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

KPZ

NOME COMPLETO: William C. J. da Silva
 DATA DE NASCIMENTO: 11/09/1980
 LETO: 12/06/2022

MEDICAMENTO OU CUIDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES
		Oleto oral livre		
Solução fisiológica 0,9% 500 ml EV 12/12 h.				
Enxaparina 40 mg (Seringa Preenchida) - Vegetariana (frequência 24/24h). MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA.	Omeprazol 40mg Cápsula - Via Oral (frequência 24/24h).			
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).				
Cotoprofeno 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).				
Tramadol 100mg/ml. (Ampola de 1 ml.) Via EV INFUSÃO - Diluir em 100ml de Soro fisiológico 0,9% e infundir em 30min. (frequência 08/08h).				
Metoclopramida 5mg/ml. (Ampola de 2ml.) Via EV DIRETO - diluído em 10ml de água destilada, infundir em 3min. (frequência 08/08h).				
Glicose 25% (10 ml) - Administrar 4 ampolas (40 ml) via EV lento. Se glicemia capilar <80 mg/dL.				
Captopril 25mg Comprimido - Via Oral Se PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg				
SONDA VESICAL DE ALÚVIO				
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 respiratória 3 vezes ao dia				
Sinais vitais e cuidados gerais 6/6h				

Válida das 22/10/2022 do dia 22 do mês 10 do ano 2022
 18:59 do dia 22 do mês 10 do ano 2022

Médico: [Assinatura]
 Enfermeiro: [Assinatura]
 Técnico: [Assinatura]
 Técnico: [Assinatura]

Conselho Regional de Odontologia - COREN-SE 0327
 Conselho Regional de Enfermagem - COREN-SE 0327
 Conselho Regional de Farmácia - COREN-SE 0327

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME COMPLETO: William Corrêa de Sade
 DATA DE NASCIMENTO: 14/09/80 REGISTRO: FRS 1214882

	MEDICAMENTO OU CUIDADO	FORMA	VIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES	1º TURNO (19:00 - 07:00h)	Rubrica	2º TURNO (07:00 - 13:00h)	Rubrica	3º TURNO (13:00 - 19:00h)	Rubrica
Dieta			Dieta oral livre			SNO					
Hidratação			Solução Fisiológica 0,9% 500 ml EV 12/12 h.			SOC				SOC	
Medicamentos Injetáveis											
Medicamentos Injetáveis	Enoxaparina 40 mg (Seringa Preenchida) - Via Subcutânea. (Frequência 24/24h). MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA.										
Medicamentos Orais	Omeprazol 40mg Cápsula - Via Oral (Frequência 24/24h).										
Medicamentos Injetáveis	Dipirona 500mg/mL (Ampola de 2mL) Via EV DIRETO - Diluir em 18mL de Água Destilada e Infundir entre 2 a 3 min. (Frequência 6/6h).										
Medicamentos Injetáveis	Tramadol 100mg/mL (Ampola de 1 mL) Via EV INFUSÃO - Diluir em 100mL de Soro Fisiológico 0,9% e Infundir em 30min. (Frequência 08/08h).										
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 ALVÍO										
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 6/6h										

Valida das 19:00 do dia 26/10/20
 às 18:59 do dia 25/10/20

Dr. Eduardo Brito Nunes
 CRM: 11.489 - R. 1 - Conselho Regional de Medicina do Brasil - COREM/SE 5301

Dr. Cristiano de S. Vianna
 CRM: 11.489 - R. 1 - Conselho Regional de Medicina do Brasil - COREM/SE 1203.671

Dr. M. E. F. M. M. M. M.
 CRM: 11.489 - R. 1 - Conselho Regional de Medicina do Brasil - COREM/SE 1203.671

Dr. M. E. F. M. M. M.
 CRM: 11.489 - R. 1 - Conselho Regional de Medicina do Brasil - COREM/SE 1203.671



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME COMPLETO:

William Conceição dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

14/09/1990

LEITO: 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					SMD					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml. USO: EV. 28 gts/min			1º E 3º SORO		SOC				SOC	
SORO GLUCOSADO 5% 500ml. USO: EV. 28 gts/min			2º E 4º SORO		SOC					
CEFALOTINA 1g VIA EV DIRETO			DILUIR EM 10ml DE ÁGUA DESTILADA E INFUNDIR em 3 a 5 min, de 6/6 horas		24 06				18	
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		23 05				17	
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		24 06				16	
OMEPRAZOL 40mg VIA EV DIRETO			reconstituir com seu próprio diluente e infundir em 3 min., diariamente							
ENOXAPARINA 40 mg (seringa preenchida)			Via SUBCUTÂNEA, de 24/24 horas							
METOCLOPRAMIDA 5 mg/ml (ampola de 2ml) - VIA EV DIRETO			diluir em 10 ml de ÁGUA DESTILADA e, infundir em 3 min		10/1					
CETOPROFENO 100mg VIA EV Infusão - Reconstituir em 5ml de Soro Fisiológico 0,9%. DILUIR em 100ml de Soro fisiológico 0,9% e Infundir em de 12/12 horas					23 05					
			SONDA VESICAL DE ALVÍO		27 07					
			Signais 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 ____

Associação de Profissionais de Saúde
Hospital Cirurgia de Santos
Associação de Enfermeiros de Santos
COREN-SE 1203581

Associação de Profissionais de Saúde
Hospital Cirurgia de Santos
Associação de Enfermeiros de Santos
COREN-SE 1203581

Associação de Profissionais de Saúde
Hospital Cirurgia de Santos
Associação de Enfermeiros de Santos
COREN-SE 1203581

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 urgência ortopédica, com subaorta, equívoca, acbular no local constante e mantida ao tempo e espaço, realizando seguimentos cuidados da equipe. ————

Ats Realizado acesso em 20 periférico com fio 20 em MSD + Administrado dipirona prosato ————

Aperto Luvas esteril ————

Ises Bacteriúria negativa pelo SNO ————

Segu aos cuidados da equipe ————

 Lilia Santos Braga
 Téc. de Enfermagem
 CORENSE 882129

 Lilia Santos Braga
 Téc. de Enfermagem
 CORENSE 882129

 Lilia Santos 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 antiterme Preciosos médios. Verificado os SIVV.

23:00 Administrado, Dipirona 2ml + 18ml 100, com antiterme Preciosos médios.

24:00 Administrado, Frazal 100 mg + 100 ml SFO, com antiterme Preciosos médios.

03:00 Paciente no leito sem guarda.

04:00 Verificação os SIVV. Score 0.

05:00 Administrado, Dipirona 2ml + 18ml 100, com antiterme Preciosos médios.

06:00 Administrado, Omeprazol 40 mg VO, com antiterme Preciosos médios.

06:30 Saída 203 curas da de externa.

Joselice de Andrade

 Técnico de Enfermagem
 CORENSE 001.186.709

NOME COMPLETO:

Williane Conaças dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

14.09.90

LEITO:

F13

REGISTRO:

1314777

Data: 2.10.20	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"/> 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, expressão afável ao toque, consciente e orientada no tempo e espaço com RUP em verificação para no momento em questão, segue aos cuidados da equipe.

07:30h Deixou o leite opitado pelo SVD _____ h.c.

08h Administrado banho 200mg conforme prescrição - _____ h.c.

Instalado novo psicólogo presente _____

10h Aperto linhas e status _____ h.c.

Administrado medicamento 200mg presente _____

Deixou o leite opitado pelo SVD _____

11h Administrado dipirona de 300mg _____ h.c.

11:30h Encaminhada ao banho de aspersão _____

12h Deixou o leite opitado pelo SVD _____ h.c.

Segue aos cuidados da equipe _____

15:15h Deixou o leite opitado pelo SVD _____

16h Administrado banho 200mg de horário _____ h.c.

17h Administrado dipirona 200mg presente _____

18h Deixou o leite opitado pelo SVD _____ h.c.

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 _____

20:00h Deixou o leite opitado pelo SVD _____

21:00h Administrado banho pela nutricionista _____

22:00h - Feito o SVD _____

23:00h (dipirona) Adm dipirona 200mg, cito prefere RUP, conforme PDI _____

P.O. _____

24:00h Adm Curamal RUP, conforme PDI. _____

 Williane Conaças dos Santos
 Enf. de Enfermagem -
 CORENSE 062129

 Williane Conaças dos Santos
 Enf. de Enfermagem -
 CORENSE 062129

 Williane Conaças dos Santos
 Enf. de Enfermagem -
 CORENSE 062129

 Williane Conaças dos Santos
 Enf. de Enfermagem -
 CORENSE 062129

 Williane Conaças dos Santos
 Enf. de Enfermagem -
 CORENSE 062129

 Williane Conaças dos Santos
 Enf. de Enfermagem -
 CORENSE 062129

 Williane Conaças dos Santos
 Enf. de Enfermagem -
 CORENSE 062129

 Bárbara Jéssica Correia Santos
 CORENSE 10000-5 TE

 Bárbara Jéssica Correia Santos
 CORENSE 10000-5 TE

 Bárbara Jéssica Correia Santos
 CORENSE 10000-5 TE

 Bárbara Jéssica Correia Santos
 CORENSE 10000-5 TE

04:00y servicio SSVU

05:00y para. chupona KV, conforme POA

06:00y para. Ore. maza, conforme POA

Nota: se que con los datos de equi se

Barbara Ingrid Gomez Soto
COREN SE 1086805 E

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO: Willie, Conceição dos Santos		
DATA DE NASCIMENTO: 14.09.90	LEITO: F13	REGISTRO: 1214092

Data: 25.10.20	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 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: 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 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	

07:00 Paciente no leito, em repouso sem queixas, no uso de AUP + fisioterapia, em MMSC

08:00 Acitou a dieta por nutrição
 Em tempo 8:00 adm. micococais tramel 100 mg / 100ml SF 0,9% c.p.m

10:00 Afund SSV

11:00 adm. micococais Petoprofen 100 mg / 100 ml SF 0,9%, Dipi 2,8 ml e.p.m

12:00 Acitou a dieta por nutrição

12:30 Segue aos cuidados de enfermagem

13:00 Encontra-se no leito, em decúbito dorsal, sem queixas, em uso de AUP + fisioterapia

15:00 Acitou a dieta por nutrição dieta laushe

16:00 Afund SSV, adm. micococais tramel 100 mg / 100 ml SF 0,9% segue sem queixas

17:00 adm. micococais de boraxo Dipirona 2,8 ml c.p.m

18:00 Acitou a dieta por nutrição

18:30 Segue aos cuidados de enfermagem

19:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, com orientação, consciente, eplest. Em uso de Colar de Sudezo Líviuso.

21:00 Paciente aceita o lanche oferecido.
 22:00 Administração, leito por furo 100 mg + 100 ml SF 0,9%, conforme prescrição médica. Verificar os SSVV.

23:00 Administração Dipirona 2ml + 18 ml 100ml de água.

Greisela Eracle S. Vieira
 Téc. de Enfermagem
 COREN-SE 1203.671

24:00 Administração, frímal 100 mg + 100 ml SFO.
contar me prescrição médica.

03:00 Puente no leito dormindo sem queixas

04:00 Verificação de SVP, SCS e O.

05:00 Administração D₁₂ 20 mg 2ml + 18 ml RTD
contar me prescrição médica.

06:00 Administração omeprazol 40 mg VO, contar me
prescrição médica.

06:30 Segue aos cuidados da enfermeira

Joselice de Andrade
Técnica de Enfermagem
COREN-SE 001.186.709

23:00 Adm. dipirona 2x, conforme PDI
24:00 Adm. Anal. renal 2x, conforme PDI. Instalação do
Sf 019/500ml, conforme PDI

Bairring Lenny Corner
CORPSE 10000 E

Realizado novo, sup. em gelo 20

04:00 ferida do SSV

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

Bairring Lenny Corner
CORPSE 10000 E

06:00 Adm. ampicilina, conforme PDI

Paciente em dieta zero para procedimentos anti-
quib, aguardando chromado do CC



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO:

William Conical dos Santos

DATA DE NASCIMENTO:

14.09.1990

LEITO:

113

REGISTRO:

1214927

Data: 27.10.20	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 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 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: noite	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, supino, 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

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. micuicacas de propanolol 2.5 ml c.p.m

12:00 Em dieta zero aguardando procedimento cirúrgico

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

13:10 Segui aos cuidados de enfermagem em dieta zero

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

14:10 Afébril hídrico e eucorico

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

Encaminhado ao CC

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

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

19:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, supino, afébril, em uso de AOP + nasoterapia, em 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. micuicacas de propanolol 2.5 ml + 10 ml H₂O, em dieta zero

24:00 Administração de cetoprofeno 100 mg + 100 ml SFO 94

25:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, supino, afébril, em uso de AOP + nasoterapia, em dieta zero

04:00 Verificação de SIV. Sinais vitais.
05:00 Administração de P.O. em 2ml + 18 ml H₂O
contar na presença médica.
06:00 Administração de Etanol em 1g + 10 ml em 10ml
em 40 ml v.o., contar na presença médica.
06:30 Beber 200 cc de água de hidratação.

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. Enoxaprina 40mg sc. p.p.m., realizada banho de asseio, de coteq hospitalar aguardando transporte, realizada cistite 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 para casa 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: <u>E.C.G.</u>		UNIDADE DE DESTINO: <u>F33</u>	
	DATA: <u>24/10/2020</u>		HORA:	
	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Quilomatoses e luxação com fôcalo</u>			
SINAIS VITAIS: PA: <u>117x73</u> mmHg PC: <u>83</u> bpm FR: <u>17</u> rpm T: <u>36,5</u> PC: <u>94</u> SO ₂ : <u>97%</u>				
B	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: _____			
	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA <input type="checkbox"/> ALERTA PACIENTE CRÍTICO <input type="checkbox"/> OUTRO:			
GLASGOW: <u>14</u>				
A	DISPOSITIVOS EM USO:			
	DISPOSITIVOS	DATA E SETOR EM QUE O PROCEDIMENTO FOI REALIZADO	TIPO DE CATETER/SONDA	SONDA (N°) CATETER (SÍTIO)
	TOT/TQT			
	CVC/CVP	<u>CVP MSD n° 2016/16</u>		
	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: <u>[assinatura]</u>				
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				
QUAIS: <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> BIÓPSIA <input type="checkbox"/> CATETERISMO CARDÍACO <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> SCAN <input type="checkbox"/> OUTROS:				
OBSERVAÇÕES:				
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:				
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:				
RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES:				
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	Assinatura e carimbo: <i>João V. C. Santos</i> COREN-SE 583128-1/ME
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	

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

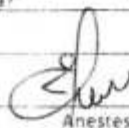
TIME OUT - ANTES DA INCISÃO: Hora: : h

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:

p. 167 Assinatura e carimbo:


 Anestesiologista

 CRM - 1173
 IE 3505

 Dr. Roberto Lima
 Ortopedia Traumatologia
 CRM - 1173

Cirurgião/Auxiliar

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

Enfermeira

Williane Loureiros 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

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

EQUIPE CIRÚRGICA			PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	
CIRURGIÃO: Roberto Ume			PROPOSTO: Red. cirúrgica e fixação	
INSTRUMENTADOR: Andreia; Kleber			HORÁRIO INÍCIO: 15:00	TÉRMINO: 15:15 NSC
ANESTESIOLOGISTA: Ethiene			MONITORIZAÇÃO	
CIRCULANTE: Nestor			<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRIA <input type="checkbox"/> PA NI <input type="checkbox"/> PRESSÃO INVASIVA
SERVIÇOS DE APOIO			TÉCNICAS ANESTÉSICAS	
HEMOTRANSFUSÃO COM SO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/> GERAL INTRAVENOSA
<input type="checkbox"/> 1ª INFUSÃO	VOLUME:	HORA:	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA	<input type="checkbox"/> PERIDURAL COM CATETER
<input type="checkbox"/> 2ª INFUSÃO	VOLUME:	HORA:	<input type="checkbox"/> PERIDURAL SEM CATETER	
<input type="checkbox"/> 3ª 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: NSC	
			CURATIVO - TIPO E LOCAL: oclusivo	

14:55

15:20

Paciente admitido na S.O. para submeter-se a ato cirúrgico: abscesso: apendicite, supúrico, cefálico. Em uso de sedotrópico com exereses + Rx. Realizado anestésico + ato cirúrgico - SSUV: PA - 135x74 mmHg; FC - 74 bpm; SpO_2 - 99%. Paciente encaminhado para SRA, após ato cirúrgico.

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

CATETER DE O₂ MÁSCARA DE O₂ FIO₂ 62% VMI / TQT - MODO E FIO₂ %
 MARCAPASSO CVP SVD SONDAGEM GÁSTRICA / ENTERAL
 LAV CATETER PERITONEAL DRENO DE PEN ROSE DRENO TORÁCICO
 DISTOMIA FRALDA DRENO DE SUÇÃO


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 KROLIK - 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					
	MEIOR QUE 90% COM OXIGÊNIO SUPLEMENTAR	0					
HORARIO DE ALTA SRPA: 16:50	UTI <input type="checkbox"/> COISA <input type="checkbox"/>	TOTAL:					

 **ROST**
 Médico
 SE 4276

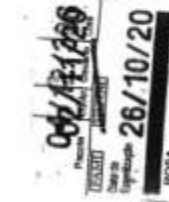
ANESTESISTA RESPONSÁVEL:  ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: 

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. Pellegrino*
 ANESTESIOLOGISTA: *Esther re*
 CIRCULANTE DE SALA: *Brestyup*
 INSTRUMENTADOR: *Archiep; Kleber*
 DATA: *27/10/2020*
 SALA CIRÚRGICA: *07*

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO:



<p><i>Handwritten notes and stamps on the top-left grid cell, including a stamp from 'CIRURGIA' and various handwritten numbers and signatures.</i></p>	
<p><i>Handwritten notes and stamps on the bottom-left grid cell, including a stamp from 'CIRURGIA' and various handwritten numbers and signatures.</i></p>	

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	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA				
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO					
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2	QTDE	
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4	QTDE	
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS					
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5			
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5			
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE				
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 <i>Di. Pio de Kerschmer 25</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES			
TRATAMENTO			
PROCEDIMENTO AUTORIZADO			
DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO			
AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MOTIVO DA REJEIÇÃO	
DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO			
MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)



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 e1* DATA: *27/10/2020* CONVÊNIO: *SUS*
 CIRURGIÃO: *Roberto Urne*
 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) ESCOPOLOAMINA 20 MG / ML	
B-CABOTINATO DE SÓDIO 8,4% 10ML		INSULINA - NI H 10ML <input type="checkbox"/> RECI LAF <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	
CEFTALOTOINA (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 (HIPDOLÓS) 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	

		EQUIPAMENTOS	QNT
PROTAMINA			
PROSTIGMINA		APARELHO DE ANESTESIA	
RANITIDINA (ANTAX) 50MG/2ML		BISTURI ELÉTRICO / BIPOLAR	1
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	1
SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME	QNT	ÓXÍMETRO	1
ÁGUA DESTILADA 1000 ML		RAIOX	1
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
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 RAQUÍD 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 Y85		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 REPY867H 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 KERHEIM 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	05	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/>	
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	01	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 7.5 <input type="checkbox"/> 8.0 <input type="checkbox"/> 8.5 <input type="checkbox"/>	
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	01	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"/>	
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 <i>AA</i>	10	TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS	01
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"/>	01	TRANSDUTOR	
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 CLIP 100			
LIGA CLIP 300			
		GASOTERAPIA	QNT
LUVA ESTERIL 6.5 <input checked="" type="checkbox"/> M	03	AR COMPRIMIDO <input checked="" type="checkbox"/>	
LUVA ESTERIL 7.5 <input checked="" type="checkbox"/> M	03	GÁS CARBÔNICO <input checked="" type="checkbox"/>	
LUVA ESTERIL 8.0 <input checked="" type="checkbox"/> M	03	OXIGÊNIO <input checked="" type="checkbox"/>	
LUVA DE PROCEDIMENTO		PROTÓXIDO DE AZOTO	
MANICA TÉRMICA		VÁCUO <input checked="" type="checkbox"/>	
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% <input checked="" type="checkbox"/>	100 up
SERINGA DESCARTÁVEL 3 ML <input checked="" type="checkbox"/> 5 ML <input checked="" type="checkbox"/> M	05	CAL SOLDADA	
SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML <input checked="" type="checkbox"/> M	04	CLOREXIDINA ALCOÓLICA <input checked="" type="checkbox"/>	300 up
SERINGA DESCARTÁVEL 20 ML <input checked="" type="checkbox"/> M	04	ESPARADRAPO COMUM <input checked="" type="checkbox"/>	500 cm
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. Esthylene		
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
p. Curativo

Dr. Roberto Lima
Ortopedia - Traumatologia

HOSPITAL CIRURGIA

FICHA DE ANESTESIA

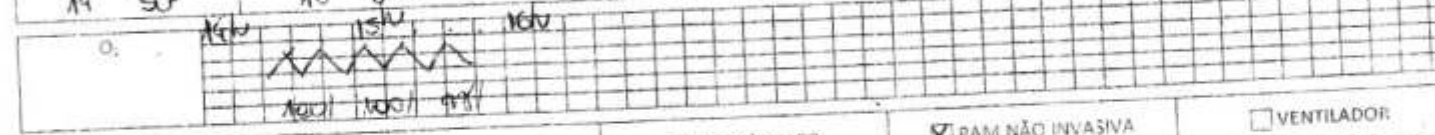
WILLIANO CONCEIÇÃO DOS SANTOS
 DATA DE NASCIMENTO: 14/09/1990 LEITO: F 43 REGISTRO: 1214977

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

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: FRATURA DE CÂNCERA
 DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: O MESMO

CIRURGIA PROPOSTA: TIO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CÂNCERA CÓDIGO CIRÚRGICO:
 CIRURGIA REALIZADA: A proposta RESULTADO 1 2 3 4 5 6

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



MONITOR ECG OXÍMETRO PULSO CAPNÓGRAFO PAM NÃO INVASIVA VENTILADOR

FLUIDOS: 1RU 100ml

ANOÇÕES	DRUGAS	CONC.	QNT.
TEGALCA CHECK LIST, MONITORAR CAV, POSICIONAMENTO, MANTER VISE, INDICAR JACOBA EM VENTILADOR CIRCUNTA MBR POR CIRCUNTA MANTER PROCEDEMENTO SEM INTERFERÊNCIAS	CESTAMINA (10)	2g	
	DEKALOMEDONA (10)	10mg	
	CESTOMEDONA (10)	100mg	
	ORIFINA (10)	2g	
	ONANESTAZONA (10)	2mg	
	TUNSTAMU (10)	100mc	
	METAZOLAM (10)	5mg	
CESTAMINA (10)	20mg		
PROPRIOLOL (10)	100mg		

AGENTES ANESTÉSICOS:
 TÉCNICA: SELOCAN + 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:
 nne Lacerda
 Anestesiologista
 5793 RQE 3505
 p. 178



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/mm³

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/mm³Gladson 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 Concursos das 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>
---------------------	-------	----------------	----------------	-----------------------

GLASGOW:	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.S.C com limitação moderada para AVD. 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:
-----------	----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	------

OHESIOTERAPIA:	<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"/> DEEA
--	--	-----------------------------	---	------------------------------	-------------------------------	--

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

Thiago Abner
CREFITO 195409-F
Preceptor de Fisioterapia
FICHA DE EVOLUÇÃO 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

OUTROS: FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

NOME COMPLETO:

William 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

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

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

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: Sim Não OUTROS: -

NEFROLOGIA: 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: ___ lprp 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"/> Amarelado <input type="checkbox"/> Escuro <input type="checkbox"/> Gorduroso <input type="checkbox"/> Dolorido <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"/> Foscuro <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria	Urina: <input type="checkbox"/> Amarelo claro <input type="checkbox"/> Concentrada <input type="checkbox"/> Escuro <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Purúria <input type="checkbox"/> Turbida
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"/> Hematoqueia

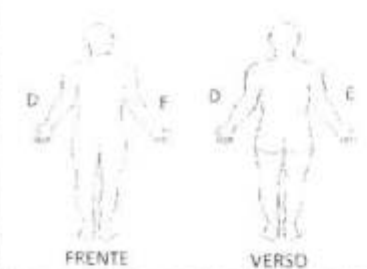
APARELHO LOCOMOTOR:

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: Necessidade de acompanhante: Sim Não

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS: Praticante: Sim Não

AVALIAÇÃO DO TEGUMENTO 	Lesão por Pressão NA			
	Local	Est.	Característica	Tratamento

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Paciente aguardando conduta médica


HOSPITAL
CIRURGIA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

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

SEXO: MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	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
		Esontânea	X 4	Orientado	X 5	Obedece comandos verbais	X 6	Inexistente	2
	Estímulos Verbais	3	Confuso	4	Localiza estímulos	5	Parcial	1	
	Estímulos à Pressão	2	Palavras inapropriadas	3	Retirada inespecífica	4	Completa	X 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	Descrição	Pontos	Risco	Pontos: 0	
	Combativo, violento, representando risco para a equipe	+4	Torporoso	-1	Risco: ● 0: alerta -1 a -5: algum grau de sedação +1 a +4: algum grau de agitação
	Muito Agitado, puxa e remove tubos ou cateteres	+3	Sedado leve	-2	
	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	X 0	Nenhum/ Profissional da Saúde	Acamado ou Auxiliado por X 0
	Sim	X 25	Sim	15	Muletas, Bengala ou Andador	15	
					Mobiliário ou Parede	30	médio: 25 a 44 alto: ≥ 45
					ESTADO MENTAL		
	DISPOSITIVO ENDOVENOSO		MARCHA		Orientado / Capaz quanto à sua capacidade / limitação		
	Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado ou Cadeira de Rodas	X 0	Superestima capacidade /Esquece limitações	X 0	
	Sim	X 20	Fraca Comprometida ou Camba	10		15	

Escala de Dor	Descrição	Pontos	Pontos: 0
	Sem dor	X 0	Risco: ● 0
	Dor leve	1 a 3	
	Dor moderada	4 a 6	
	Dor intensa	7 a 10	

Escala de Braden	PERCEÇÃO SENSORIAL		UMIDADE		ATIVIDADE		Pontos:
		Completamente limitada	1	Constantemente úmida	1	Acamado	1
	Muito limitada	2	Frequentemente úmida	2	Restrito à cadeira	2	
	Levemente limitada	3	Ocasionalmente úmida	3	Caminha ocasionalmente	X 3	
	Nenhuma alteração	X 4	Raramente úmida	X 4	Caminha frequentemente	4	

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	
HISTÓRICO DE QUEDAS	MARCHA
Não	0 Normal/Sem deambulação/decúbito ou Cadeira de rodas
Sim	15 Fraca
DISPOSITIVO ENDOVENOSO	
Não	0 Comprometido ou Comaleste
AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	
Não	0 Nenhum, Atariado ou Auxílio por Profissional de Saúde
Sim	20
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
Não	0 Muçeta, Bengala ou Andador
Sim	15
Não	0 Mobilidade ou Parado
Sim	30
ESTADO MENTAL	
Não	0 Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação
Sim	15
Suplementa capacidade ou Esquema limitações	
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 (DELÍRIUM):	

Escala de Braden	
PERCEÇÃO SENSORIAL	NUTRIÇÃO
Completamente limitada	1 Muito pobre
Muito limitada	2 Inadequada
Ligeiramente limitada	3 Adequada
Nenhuma alteração	4 Excelente
MOBILIDADE	ATIVIDADE
Completamente imobilizado	1 Acamado
Muito limitado	2 Restrito à cadeira
Ligeiramente limitado	3 Caminha ocasionalmente
Nenhuma limitação	4 Caminha frequentemente
UMIDADE	FRICÇÃO E CISCALHAMENTO
Constantemente úmida	1 Problema
Frequentemente úmida	2 Problema potencial
Ocasionalmente úmida	3 Nenhum problema aparente
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 Ortraqueal	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: ___/___/___

C - EXAME FÍSICO

FOCO NEUROLÓGICO:

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas Mioticas Midríaticas

Resposta Motora: Normal Paralisia Hemi Localização: _____

Reação Pupilar: Reativa OE OD Não Reativa OE OD

Sensibilidade: Normal Parestesia Anestesia Localização: _____

FOCO CARDIOVASCULAR: Ausculta:

Pulsos: Normais Arritmicos Envelo Filiforme

Pele: Seca Hipocrótica Clorótica

Edema: Ausente Presente

FOCO RESPIRATÓRIO: Ausculta:

Pericardite Múscula Cráter nasal Tubo endotraqueal Traqueostomia

Espirico Taquipneico Bradipneico Ortopneico Dispneico

FOCO GASTROINTESTINAL:

Aspecto: Plano Edematoso Abundante Distendido Dor a palpação Indolor

Ruídos: Presentes Ausentes Diminuídos Aumentados

ELIMINAÇÕES:

Diurese: Normal Disúria Polúria Oligúria Anúria

Urina: Amarelo claro Concentrada Colúria Hematúria Piúria Fétida

Defecação: Presente Ausente Hematoídis

Feces: Normal Endurecida Pastosa Líquida Melena Hematoquezia

APARELHO LOCOMOTOR:

Edema articular/muscular: Ausente Presente Local: _____

Alteração Trófica: Ausente Presente Local: _____

SEGURANÇA FÍSICA: Necessidade de contenção no leito: Sim Não

Isolamento: Sim Não

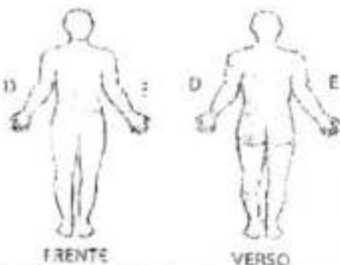
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS: Necessita de acompanhante: Sim Não

Ansiedade Medo Solicitante Outros

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS: Praticante: Sim Não

Necessidade de auxílio espiritual: Sim Não

AVALIAÇÃO DO TEGUMENTO



Lesão Por Pressão

Local	Est.	Característica	Tratamento

D - COND JTA. DE ENFERMAGEM:

Blank lined area for nursing notes.

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: lpm 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 Camarinho 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 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 (DELIP/UM):		

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> / <u> </u> / <u> </u>	Data de Instalação: <u>23/10/20</u>	Data de Instalação: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data de Instalação: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Data da Última Troca: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Última Troca: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Última Troca: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Última Troca: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Data da Retirada: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Retirada: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Retirada: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Retirada: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Traqueostomia	Catéter Venoso Central:	Sonda Vesical de Demora	Outros:
Data de Instalação: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data de Instalação: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data de Instalação: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data de Instalação: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Data da Última Troca: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Última Troca: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Última Troca: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Última Troca: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Data da Retirada: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Retirada: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Retirada: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data da Retirada: <u> </u> / <u> </u> / <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:

Ar ambiente Mésica Cráter nasal Tubo endotraqueal Traqueostomia

Eupneico Taquipneico Bradipneico Ortopneico Dispneico

FOCO GASTROINTESTINAL:

Aspecto: Flaco Globoso Flárido 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)

Feces: Normal Endurecidas Pastosa Líquida Moleza Hematoquezis

APARELHO LOCOMOTOR:

Edema articular/muscular: Ausente Presente Local: _____

Alteração Trófica: Ausente Presente Local: _____

SEGURANÇA FÍSICA: Necessidade de contenção no leito: Sim Não


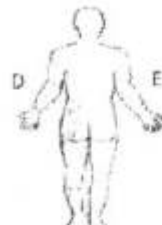
Isolamento: Sim Não

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
				
				
FRENTE				
VERSO				

D - CONDIÇÃO DE ENFERMIAGEM:

Paciente consciente, orientada, aguardando consulta médica

[Assinatura e Carimbo]



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO:
WILLIANE CONCEICAO DOS SANTOS

LEITO:
F13

REGISTRO:
1214977

DATA DE NASCIMENTO:
14/09/1990

	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: PICOU / ME: MELHOROU / M: MANTIDO / R: RESOLVIDO / NA: NÃO APLICA						
							SB9 695



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
	/	/	/	/	23/10	24/10	25/10
1	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
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:	TEC. MANHÃ	TEC. MANHÃ	TEC. MANHÃ	TEC. MANHÃ	TEC. MANHÃ	TEC. MANHÃ	TEC. MANHÃ
	TEC. TARDE	TEC. TARDE	TEC. TARDE	TEC. TARDE	TEC. TARDE	TEC. TARDE	TEC. TARDE
	TEC. NOITE	TEC. NOITE	TEC. NOITE	TEC. NOITE	TEC. NOITE	TEC. NOITE	TEC. NOITE
	ENF. REFERÊNCIA	ENF. REFERÊNCIA	ENF. REFERÊNCIA	ENF. REFERÊNCIA	ENF. REFERÊNCIA	ENF. REFERÊNCIA	ENF. REFERÊNCIA



CORDESE USBC





DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

NOME COMPLETO:
WILLIANE CONCEIÇÃO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO:
14/09/1990

LEITO:
F13

REGISTRO:
1214977

	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							
3							
4							
5							
5.1							
6							
7							
7.1							
7.2							
8							
9							
OBSERVAÇÕES:							

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

Téc. de Enfermagem
COREN-SE 102.92575

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														

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
C 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-REQUÊNCIA 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) <i>[Assinatura]</i>					TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PLANTÃO) Jose de Andrade TÉCNICO DE ENFERMAGEM CC-001 326 119									

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

William e Tom Souza

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													0
	101 - 110				120/80						120/80			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														



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)					TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PLANTÃO)									
Barbara Inês Correia Santos					Barbara Inês Correia Santos									
COREN/SE 108689-5 TE					COREN/SE 108689-5 TE									

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)		Tony Nina Santana Menezes Enfermeiro												
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PLANTÃO)		Joselice de Andrade Técnico de Enfermagem COREN-SE 001.186.709												

NUMERO LUNPLETU:

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														

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 - ENE					TÉCNICO DE ENFERMAGEM (PLANTÃO)									



*V/D/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					13/8				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)

TÉCNICO DE ENFERMAGEM (MANHÃ)
Griselda Euzébio 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					138						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

UNIDADE LUTHERANA
W. M. Conceição dos Santos
DATA DE NASCIMENTO: *14.09.1990* LEITO: *F-13* REGISTRO: *1214977*

DATA: <i>28/10/20</i>	HORÁRIO	7H	8H	9H	10H	11H	12H	13H	14H	15H	16H	17H	18H	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	≥ 25													3
	21-24													2
	12-20				<i>18</i>									<u>0</u>
	9-11													1
	≤ 8													3
SATURAÇÃO DE O ₂	≥ 96				<i>97</i>									<u>0</u>
	94-95													1
	92-93													2
	≤ 91													3
O ₂ % SUPLEMENTAR	SIM													2
	NÃO				<i>←</i>									<u>0</u>
TEMPERATURA	≥ 39.1°													2
	38.1 - 39°													1
	36.1 - 38°				<i>36.8</i>									<u>0</u>
	35.1 - 36°													1
	≤ 35°													3
PRESSÃO SISTÓLICA	≥ 220													3
	111 - 219													<u>0</u>
	101 - 110													1
	91 - 100													2
	≤ 90													3
FREQUÊNCIA CARDÍACA	≥ 131													3
	111 - 130													2
	91 - 110													1
	51 - 90				<i>90</i>									<u>0</u>
	41 - 50													1
	≤ 40													3
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ALERTA				<i>0</i>									<u>0</u>
	V/D/NR*													3
ESCORE TOTAL					<i>0</i>									
FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO														
GLICEMIA														

ENFERMEIRO (MANHÃ)
[Assinatura]

TÉCNICO DE ENFERMAGEM (MANHÃ)
Greisela Enilda Vieira
Téc. de Enfermagem
MOMEN. SE. 1201/71

ENFERMEIRO (TARDE)

TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TARDE)

**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 TRANSFUÇÃO 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

William Conceição dos Santos

Assinatura do ou do responsável legal



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

João Victor S. Santos
JVS

Assinatura do Enfermeiro (a)

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

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

SEXO: MASCULINO FEMININO PESO: _____ FUNÇÃO RENAL: NORMAL ALTERADA URÉIA: _____ CREATININA: _____

CULTURA: SOLICITADA NÃO SOLICITADA POSITIVA GERME ISOLADO: _____

TRATAMENTO ANTIMICROBIANO PRÉVIO: SIM NÃO QUAIS: _____

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

ANTIMICROBIANOS SOLICITADOS:

MEDICAMENTO / DOSE	VIA	POSOLOGIA	DIAS
<u>Cefalotina 1g</u>	<u>EV</u>	<u>6/6h</u>	<u>7</u>

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

PARECER DA INFECTOLOGIA

LIBERADO POR QUANTOS DIAS: _____ SUGESTÃO DE AJUSTE: _____

LISTA DE ANTIBIÓTICOS PADRONIZADOS E DOSES USUAIS

Amoxicilina 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
Antitêrctica B 50mg pó liofilo	Fluconazol 150mg	
Aztreonam 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 abaixo

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Dor de náusea há 1 dia
 EF. Dor abaixo

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:
 Nda

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

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

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS
 Atorvast

Dr. Paulo Sérgio
 Cirurgião
 CRM 111111

PARAMÉTRIOS 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: SIM () NÃO ()	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.

DUSV UTI. 2017. COPYRIGHT SIGAU. COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE. REDE ESTADUAL DE SAÚDE.

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

SC 67%

WILLIAMI CONCEICAO DOS SANTOS

(F) 50Y

EXP 14.12.2020 / 09:17 RT-02





DETTRAN-22

TRT000004

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM
 01081540920



Valide este QR code com app Vivo

PLACA QKV0812	EXERCÍCIO 2020
------------------	-------------------

ANO FABRICAÇÃO 2016	ANO MODELO 2016
------------------------	--------------------

ESPÉCIE / TIPO
 PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO
 HONDA/CG 160 TITAN EX

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

COR PREDOMINANTE BRANCA	COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOLINA
----------------------------	--------------------------------

CATEGORIA
 PARTICULAR

CAPACIDADE
 .

POTÊNCIA/CILINDRADA
 0CV/162

PESO BRUTO TOTAL
 0.29

MOTOR
 KC22E1G031894

CMT
 .

EIXOS
 *

LOTAÇÃO
 02P

CARROCERIA
 NÃO APLICAVEL

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) documento(s) 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.

AGUARDANDO CONTATO

29/10/2021
Local e Data

Williane Gonçalves 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

Titular do CPF: WILLIANE CONCEICAO
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

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

Sim

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

Sim

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

DÉFICIT FUNCIONAL SEVERO DO 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 Otacílio Nascimento Júnior
Manoel Otacílio N.
Oliveira e Assis 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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 Lider 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, ARAGUAS/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