

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:**

17/12/2019

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

319068028201

**VALOR TOTAL:**

2.362,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00561

**CONTA:** 000000140217

---

---

**Número da Autenticação**

313911D029070C00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190680282 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA ROSA DE JESUS **Data do acidente:** 12/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
NASCIMENTO

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

**Data da análise:** 11/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (TRAÇÃO /PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/22/25/54

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

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

---

**Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190680282**

**Vítima: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 12/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000561**

Conta: **000000140217-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**INSTITUTO MÉDICO LEGAL**  
**LAUDO PERICIAL**  
**Lesões Corporais**

**MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO**

**LAUDO Nº DP 363/2021**



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS  
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

sexta-feira, 24 de setembro de 2021

Nº Laudo  
DP 363/2021

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO	Nascimento	30/12/1974	Idade	46	Naturalidade	ARACAJU		
Estado Civil	SOLTEIRO	Sexo	FEMININO	Cor	PARDA	Profissão	GARI	UF	SE
Instrução	1º Grau Incompleto	Nome da Mãe	ROSA JOSEFA DE JESUS	Nome do Pai	JOSE BISPO DO NASCIMENTO				
Endereço	RUA EGIDIO DOS SANTOS, 50	Bairro	CENTRO	Município	ITABAIANA/SE.	Unidade	DELEGACIA DE ITABAIANA		
Nome da Autoridade	TARCÍSIO CESAR T. COSTA	Função	TARCÍSIO CESAR T. COSTA						
1º Perito Relator	DR. JACSON LEAL DA COSTA	Cremese/Crose	5541	2º Perito Relator		Cremese/Crose	LAUDO DP		363/2021
Local da Perícia	Sala do IML	Tipo		Causa					

Historico/Descrição

Historico

Relata a periciada que foi vítima de acidente de trânsito (atropelamento), fato ocorrido às 17h do dia 12/05/2019 no município de Itabaiana-SE.

Descrição

Apresenta-se com Ficha de atendimento datada do dia 12/05/2019, assinada por Dr. Ramon R. de Oliveira CRM 4935 onde relata vítima de atropelamento por carro, trazida pelo SAMU sob protocolo. Apresenta fratura de fêmur direito. Foi avaliada pelo ortopedista onde teve como diagnóstico fratura fechada de fêmur direito.

Outro relatório assinado por Dr. Roberto Lima CRM 1173 onde relata que a periciada é portadora de fratura consolidada de fêmur direito, sob síntese actinometria evidência encurtamento do MID.

Outro relatório assinado por Dr. Renato Teixeira CRM 1450 datado do dia 06/09/2021, onde descreve como perda funcional:

- 1- Sequelas permanentes de encurtamento de MID.
- 2- Perda parcial do arco do movimento de flexão do joelhos.
- 3- Perda parcial do arco do movimento do quadril direito.
- 4- Sequelas parcial da função motora de 20/25% do MID.
- 5- Sequelas permanentes (marcha claudicante).

Ao exame observamos: ferimento cirúrgico cicatrizado de aproximadamente 21,0 cm em região de coxa direita (face lateral); manchas escurecidas em joelho direito (escoriações cicatrizadas); dois ferimentos cicatrizados de aproximadamente 0,5 cm de diâmetro em terço proximal de perna direita; restrição em flexão de joelho direito

e articulação de quadril direito; andar claudicante; perda de força muscular de membro inferior direito.

Comentário Médico/Conclusão/Quesitos Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-la de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 2) Lesões produzidas por ação contundente.
- 3) Exames realizados às 09h00 do dia 24/09/2021.

**Quesitos/Respostas:**

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Sim, restrição em flexão de joelho direito e articulação de quadril direito; perda de força muscular de membro inferior direito; andar claudicante; encurtamento do membro inferior direito

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. JACSON LEAL DA COSTA

5541

Jacson Leal da Costa  
Perito Médico - Legal  
CRM - SE: 5541

LAUDO DP 363/2021



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS- ITABAIANA  
ITABAIANA - SE

**REQUISIÇÃO DE EXAME PERICIAL - LESÃO CORPORAL Nº  
BO Nº 118594/2019**

Ao(À) Senhor(a)  
DIRETOR DO IML - INSTITUTO MÉDICO LEGAL

ARACAJU-SE.

Assunto: Requisição de Exame Pericial de **Lesão Corporal**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Encaminhamos a Vossa Senhoria a pessoa abaixo qualificada, a fim de que seja submetida a Exame Pericial (**LESÃO CORPORAL**): Maria Rosa de Jesus Nascimento, CPF: 009.215.085-30, Número: 1276088, Orgão Expedidor: SSP, Estado: SE, Município: Aracaju, Data de Expedição: 02/09/2016, Nome da Mãe: Rosa Josefa de Jesus, Nome do Pai: José Bispo do Nascimento, Sexo: Feminino, Raça/Cor: Negra, Estado Civil: União Estável, Nacionalidade: Brasil, Local de Nascimento: Aracaju/SE, Idade: 46 anos, Data de Nascimento: 30/12/1974, Profissão: Gari, Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto, Endereço: RUA EGIDIO DOS SANTOS, Nº: 50, Itabaiana/SE, Bairro: CENTRO, Telefone: (79) 99655-9429 (Celular).

**Quesitos:** \*Há ofensa à integridade física ou à saúde do paciente? \*Qual o instrumento ou meio que a produziu? \*Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel? \*Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; ou perigo de vida; ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? \*Resultará incapacidade permanente para o trabalho; ou enfermidade incurável; ou perda ou inutilização de membro ou função; ou deformidade permanente? \*Apresenta sintoma ou sinais de doença de vias aéreas superiores ou inferiores, tais como tosse, dor de garganta, dispnéia, tiragem, febre, mialgia ou outro específico que caracteriza sintoma gripal e/ou doença pulmonar? \*Apresenta sinais e sintomas de outras doenças? Descreva-os: **Outros quesitos:**

**Objetivo:** Constatar a ocorrência ou não de lesão corporal e sua intensidade, com base na perspectiva de gênero, a fim de produzir laudo pericial que terá o papel de materializar o tipo penal através da prova técnica.

**Relato Histórico:** QUE, no dia 12 de maio do corrente ano, por volta das 17:30 horas, a declarante transitava a pé pelo acostamento da BR 235, próximo ao Supermercado Assaí, nesta cidade, quando foi atropelada por um carro (não sabe informar detalhes acerca do veículo). QUE, em instantes, a declarante foi socorrida por uma ambulância do SAMU, que a conduziu ao hospital local, de onde foi transferida ao HUSE, tendo sido levada, por fim, para o Hospital Cirurgia, ambos na cidade de Aracaju. QUE a declarante teve escoriações no corpo inteiro e sofreu faturas mais sérias na perna direita. QUE, em decorrência do acidente, a declarante foi submetida a duas intervenções cirúrgicas e até hoje necessita de muletas para se

## SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE

EU, MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO, INSCRITO NO SINISTRO Nº 3190680282, E NO CPF Nº 009.215.085-30, RESIDENTE NA RUA EGIDIO DOS SANTOS, Nº 50, BAIRRO: ANIZIO AMANCIO DE OLIVEIRA, CIDADE: ITABAIANA/SE CEP: 49503-438, VENHO ATRAVÉS DESTA CARTA REQUERER UMA REANÁLISE REFERENTES AOS VALORES PAGOS, RELACIONADOS A MINHA INVALIDEZ PERMANENTE.

HOJE TENHO CONSCIÊNCIA QUE FICAREI COM SEQUELAS INCURÁVEIS AS QUAIS ME IMPOSSIBILITAM DE REALIZAR DIVERSAS FUNÇÕES, INCLUSIVE NO TRABALHO, DEMONSTRADA NO RELATÓRIO DO MÉDICO EM ANEXO E NO LAUDO DO IML.

ENTRETANTO, VENHO ENCARECIDAMENTE PEDIR A CORREÇÃO DE VALORES DA MINHA INDENIZAÇÃO PORQUE ME CAUSOU SEQUELAS GRAVES E PRECISA SER REVISTAS, SE POSSÍVEL ESTOU À DISPOSIÇÃO DE ME SUBMETER A UMA PERÍCIA COM MÉDICOS ESPECIALIZADOS PARA FAZER UMA NOVA AVALIAÇÃO COM MAIS PRECISÃO COM O ÚNICO OBJETIVO QUE É COMPLEMENTAR O NÍVEL DE INFORMAÇÃO PARA CONCLUIR A MINHA SOLICITAÇÃO.

AGRADEÇO Á COMPREENSÃO E CERTAMENTE ESTA CORREÇÃO IRÁ ME AJUDAR BASTANTE NO MEU TRATAMENTO DEVIDO A VÁRIOS GASTOS COM MEDICAÇÃO ENTRE OUTROS.

  
(ASSINATURA)

ITABAIANA/SE 18 DE NOVEMBRO DE 2021

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190680282 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA ROSA DE JESUS **Data do acidente:** 12/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
NASCIMENTO

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

**Data da análise:** 22/11/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (TRAÇÃO /PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/22/25/54

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM IML: Nº363/2021, DATADO EM 24/09/2021.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**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

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number	
MBM SEGURADORA S/A		2122230809	
ENDEREÇO / Address			
RUA: ALVARO ALVIM, Nº 21-3º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031010	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
JOSE BONIFACIO DE GOUVEIA		(79) 996086460 (79) 991358159	
ENDEREÇO / Address			
RUA: JOSÉ ANTONIO DOS PASSOS, 243 BAIXA FRIA.			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
49530000	RIBEIROPOLIS	SE	BRASIL

**Correios** **PAC**

PESO (kg) 1,668 / AR MP

Recebedor

Assinatura Documento

PM 48458030 8 BR




MBM  
SEGURADORA

03 DEZ 2019

DPVAT / RJ

**CIRURGIÁ**  
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: Marcos Ros. De Jesus Noronha

Relatório médico.

Paciente submetido a tratamento  
cirúrgico de fratura de fêmur (D)

data 27/05/19

Toma remédios por apertados

(11). 57h

27/06/19

Dr. Paulo Solomí  
Ortopedia  
CRM 4651 TEOT-12305

Av. Desembargador Maynard, nº 374 - tel.: 2106-7312  
CEP - 49055-210 - Aracaju - SE

Ygor Nicolas Oliveira Freire  
Escrivente Autorizado

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIRÓPOLIS/SE  
AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim  
apresentado, do que dou fé

Ribeirópolis, 21 de novembro de 2019 10:50:04

Em testemunho \_\_\_\_\_ de verdade  
Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escrivente  
Autorizado)  
Valor Total R\$ 3,44  
Selo TJE: 201929668014611. Acesso  
<https://www.tjas.jus.br/tj7GUEXB>



**RELATÓRIO MÉDICO**

NOME DO PACIENTE: Maria Rosa de Jesus Nascimento  
DATA DA ENTRADA: 12/05/2019  
DATA DA SAÍDA: 13/05/2019

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

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA (X) UTI ( )

**HISTÓRICO CLÍNICO:**

Paciente vítima de atropelamento por carro, trazida pelo SAMU sob protocolo, apresentando fratura do fêmur direito. Foi internada, realizou exames e houve a transferência para o Hospital Cirúrgico.

**HISTÓRICO CIRÚRGICO:**

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIRÓPOLIS  
AUTENTICAÇÃO  
Autentico e presente cópia reprográfica conforme a original apresentada, do que dou fé  
Ribeirópolis, 21 de novembro de 2019 10:51:24  
Em testemunho da verdade  
Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escrivente Autorizado)  
Valor Total R\$ 3,44  
São T.J.BE. 201929688014513, Acesso  
<http://www.tjse.jus.br/iaHPXP>



**EXAMES COMPLEMENTARES:**

ECG  
Exames laboratoriais

**MÉDICOS ASSISTENTES:**

Dr. Thiago M. Leal - CRM 4728  
Dr. Ramon R. de Oliveira - CRM 4935  
Dr. Maria Costa Vieira Filho - CRM 4257

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 6 de agosto de 2019

*Selma T. da C.S. Montalvão*

Selma T. da C.S. Montalvão  
Médica  
CRM 1532

DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DOB: 938542

DATA: 12/05/2019

HORA: 21:07

USUARIO: ELMENEZES

Setor:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

IDADE : 44 ANOS NASC: 30/12/1974

ENDERECO : RUA EGIDIO DOS SANTOS

COMPLEMENTO : BAIRO:

MUNICIPIO : ITABAIANA

NOME PAI/MAE : JOSE BISPO DO NASCIMENTO

RESPONSAVEL : ANTONIO-ESPOSO/SAMU

PROCEDENCIA : ITABAIANA

ATENDIMENTO : VITIMA DE ATROPELAMENTO

CASO POLICIAL : NAO

ACID. TRABALHO : NAO

PLANO DE SAUDE : NAO

VEIO DE AMBULANCIA : SIM

DOC...: 1276082

SEXO...: FEMININO

NUMERC: 50

UF: SE

CEP...: 49500-00

/ROSA JOSEFA DE JESUS

TEL...: 79-9963

429

TRAUMA: SIM

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

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

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

SINAIS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Qtd de atropelamento em via. Trauma em parte superior do tórax, perna direita e braço direito. NUNCA LEMBRAR DO MOMENTO EXATO DO ATROPELAMENTO. Aconteceu em um estacionamento de um comércio em Itabaiana - SE.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

SUV: PA 130 x 80 mmHg - SatO2: 98% - FR: 24 rpm.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Analisar a lesão física

2) Analisar a dor

3) Analisar 100mg + 100mg de 24/24

Dr. Ramon R. de Oliveira  
Clínico Geral  
CRM 4103

SAÍDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

HORA DA SAÍDA:

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [ ] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Rosa Oliveira - Fratura Fechada Fêmur  
Est. Internamento

Dr. Mário Costa Vieira Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4257

EXAME  
ELETROCARDIOGRAMA  
EXAMES(S) REALIZADO(S)  
DATA: 13/05/2019  
HORA: 09:45  
FRENCO: [assinatura]



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

Exames (D) (diagnóstico)



PRONTO SOCORRO ADULTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUSE

12/05

Nome: Maria Lou Idade: 41 anos Data: 12/05/19

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
		Dado oral 1 dia	(SND)
		5F2,9% 500ML (E) 1/12	500 500 500
		Alprazolam 2mg + 1ml 10 (E) 1/12	20 20 20
		Propranolol 100mg + 120 ml 5F2,9 (E) 1/12	100 120 500
		Tramadol 100mg + 100ml 5F2,9 (E) 1/12	100 100 500
		Paracetamol 1000mg + 100ml 5F2,9 (E) 1/12	1000 100 500
		Clonazepam 40mg (E) 1/12	40 1/12
		Amoxicilina 700mg (E) 6h de intervalo	700 6h
		Solução PV-01	
		SSW + CR 66 6/66	

*(Handwritten signature)*  
 12/05/19  
 02:10:00  
 Hospital de Saúde

Receita Automática  
 12/05/19



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

L-20

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 13/05/19

NOME: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: FEMININO IDADE: 44

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DIAFISE DE FEMUR D

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Ata evolu limb esse sem ver  
 no mudo. Anb. esse oró  
 Cd: 11/11/19*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	SVD.
2	500ML EV 12/12HS	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	Suspensão
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06.
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	24 06 18
6	Profenic, 01 ampola IV + 100ml SF0,9%, 12h/12h	02 14
7	Dexamet 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	22 14 06
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	S/N
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø      251 - 300 = 4U      351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U      301 - 350 = 6U      >400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	SOS
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 2x/dia SUSP	Suspensão
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
19		
20		

Thiago M. Leal  
 Ortopedista CRM 4722

*Transferido para Lit. 405 - 13/05/19  
 Transferido às 07:40h p/ Hospital  
 Fratura - S. A. do membro direito*

*[Handwritten signature]*

AV. TREZE DE JUNHO, 695

ORDEN DE SERVICO - S E M E D I

CENTRO - .49500000 - ITABAIANA - SE - (79)3421-5000

PROTOCOLO: 1437448 / 1-S E M E D I

DATA.....: 27/09/2019 As: 9:47

CLIENTE...: 221944 - MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

SEXO.....: Feminino POR: 28-TAMIRES

CPF.....: 009.215.085-30

RG.....: 1.276.088

FONE.....: 99655-9429

*pele molhada*

IDADE.....: 44 anos (30/12/1974)

PROFISSAO: GARI

GRUPO.....: Raio - X

CONVENIO.: 90 - AMB - ITABAIANA

HR COLETA: \_\_\_\_\_

REQUISIT.: 4451 - PAULO M DE C SALOTTI

COLETADOR: \_\_\_\_\_

*em - Rua Equino dos Santos n.º 50*

PROCED	DESCRICAO	MATERIAL	RESULTADO	DATA ENTREGA
54	COXA DIREITA			04/10/2019
Total Geral de Itens: 1				
TOTAL DO PROTOCOLO			R\$ 30,00	

*Matr. n.º 49503.438*

54 COXA DIREITA

04/10/2019

Total Geral de Itens: 1

*CPF 49503.438*

TOTAL DO PROTOCOLO -----> R\$ 30,00

Liberado: \_\_\_\_\_

Conferido: \_\_\_\_\_

Envelopado: \_\_\_\_\_

*44060*

**MUNICÍPIO DE ITABAIANA**

Secretaria Municipal da Fazenda

Departamento Tributário - Rua Francisco Santos, Nº 160 - Centro - CEP: 49.500-000 - Itabaiana/SE Telefone: (79) 3431-9711



Nota: 2019000

**00002280**Código Verificação  
LY37-RTU1**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Emissão (Horário de Brasília)	Período de Competência	Município de Prestação do Serviço
<b>01/10/2019 12:25:00</b>	<b>10/2019</b>	<b>Itabaiana - SE</b>
Reg. Especial Tributação	Exigibilidade do ISS	
<b>Nenhum</b>	<b>Exigível em Itabaiana</b>	

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

**SEMEDI SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM MÉTODOS DIAGNÓSTICOS LTDA -EPP**

Nome Fantasia

**SEMEDI SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM MÉTODOS DIAGNÓSTICOS LTDA**

Email

**semedi@infonet.com.br**

CPF/CNPJ

**00.057.071/0001-20**

Inscrição Municipal

**1879**

Inscrição Estadual

**ISENTO**

Simples Nacional

**Não**

Incentivador Cultural/Fone/Fax

**Não****(79) 3421-5000**

Endereço

**AV. 13 DE JUNHO, 695, SERRANO - CEP: 49500-000 - Itabaiana - SE****TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social

**MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO**

CPF/CNPJ

**009.215.085-30**

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

Endereço

**Rua Egidio dos Santos, 50, Anízio Amancio de Oliveira - CEP: 49503-438 - Itabaiana - SE****SERVIÇO PRESTADO****0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8610101****DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**REFERENTE A SERVIÇOS MÉTODOS E DIAGNÓSTICOS.  
RAIO X DA COXA DIREITA.**RETENÇÕES FEDERAIS**

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALORES**

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
<b>30,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>30,00</b>	<b>5,00</b>
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
<b>1,50</b>		<b>0,00</b>	<b>30,00</b>	<b>30,00</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Substitui nota 201900000002278 de 01/10/2019

Visualizado em: 01/10/2019 12:24:59

Para validação desta NFS-e acesse: <https://itabaianase.webiss.com.br/externa/nfse/validar>  
Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 011 de 12 de fevereiro de 2016.

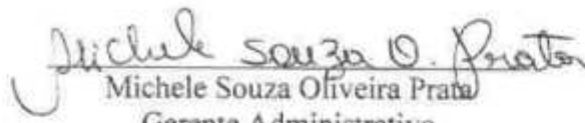
## HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Itabaiana, 23 de Agosto de 2019.

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que consta em nosso arquivo eletrônico que a Sr<sup>a</sup>. Maria Rosa de Jesus Nascimento, portadora do RG nº. 1.276.088, deu entrada no setor de Sutura desta Unidade Hospitalar no dia 12/05/2019 cujo motivo do atendimento é: vítima de atropelamento. Na oportunidade esclareço que o endereço correto da senhora supracitado é Rua Egídio dos Santos Nº. 50 e não o informado em sua ficha de atendimento.

Atenciosamente;



Michele Souza Oliveira Prata  
Gerente Administrativo  
Hospital Regional de Itabaiana

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 07 / 2019

Num AIH : 281910016052-5 Situação : APURADA Tipo : 01-INICIAL Apresentação : 07/2019 Data Autorização : 13 / 05 / 2019

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M280030801 CRC:  
Doc autorizador : 190136126960000 Doc med resp : 206790614650009 Doc diretor clínico : 206790614650009 Doc médico solíc : 980016294820869  
CNES : 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA CNS : 70500907310025-4

Paciente : MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO Prontuário : 1092656  
Data Nasc. : 30 / 12 / 1974 Sexo : FEMININO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc. : Identidade Doc : 1276088  
Responsável pac. : ANTONIO DUARTE DE LIMA Nome da Mãe : MARIA JOSEFA DE JESUS  
Endereço : RUA EGÍDIO DOS SANTOS 50 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Município : 280290 - ITABAIANA UF : SE CEP : 46500-000 Telefone : (79)9965-59429 Muda Proc.?: NÃO

Procedimento solicitado : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
Procedimento principal : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
Diag. principal : S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
Complementar :  
Carater atendimento : 02 - URGENCIA  
Data internação : 13 / 05 / 2019 Data saída : 24 / 05 / 2019 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : AIH Posterior :

Diag. secundário :  
Causa Óbito :  
Modalidade : HOSPITALAR

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador : CNAER : -  
Vinculo Previdência : CBOR : -

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Linha	Procedimento	Documento	CBQ	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmp	Descrição
2	0408050519	980016276586264	225151(8)	3359948	3359948	1	05/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	10	05/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
6	0302040021	980016287944507	223605	0002283	0002283	5	05/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
8	0302040021	206790629170008	223605	0002283	0002283	5	05/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

**DADOS DE OPM**

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Req. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000004393	06.886.136/0001-27				

**VALORES DA PRÉVIA**

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	48,70						48,70
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	725,17			74,34	123,38		922,89
08.02.01-DIARIAS	48,57						48,57
<b>Total Geral:</b>	<b>877,59</b>	<b>296,13</b>		<b>74,34</b>	<b>185,07</b>		<b>1.433,13</b>

**CID SECUNDÁRIO**

Cid	Característica	Descrição
V030	PREEXISTENTE	PEDESTRE TRAUM. EM COL. C/ CARRO, PICK-UP OU CAMINHONETE - ACIDENTE A-TRANSITO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:  
Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

\*De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente\*

06/08/19

7/2019  
Pg-16

(C5)

## TERMO DE ESCLARECIMENTO SOBRE RISCO DE QUEDAS

As quedas são eventos frequentes entre crianças e pessoa 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) Maria Rosa de Jesus Nascimento

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 a tontura e hipotensão postural.
- Não sair da cama sem solicitar auxílio da enfermagem.
- Informar sempre que o paciente for ficar sem acompanhante.
- O quarto não deve ficar totalmente no escuro.
- Os pertences pessoais devem ficar próximo ao paciente.
- Usar sempre calçados antiderrapante.
- Solicitar ajuda da enfermagem sempre que tiver necessidade ou dúvidas.

Diante do exposto acima, Eu, Maria Rosa de Jesus Nascimento, portador do documento de N° 1.076088, 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: 14/05/2019

Assinatura do paciente e/ou acompanhante:

Maria Rosa de Jesus Nascimento

Assinatura da enfermeira:

Juliana O. Rodrigues Santos  
COREN-SE 319.974 ENF.

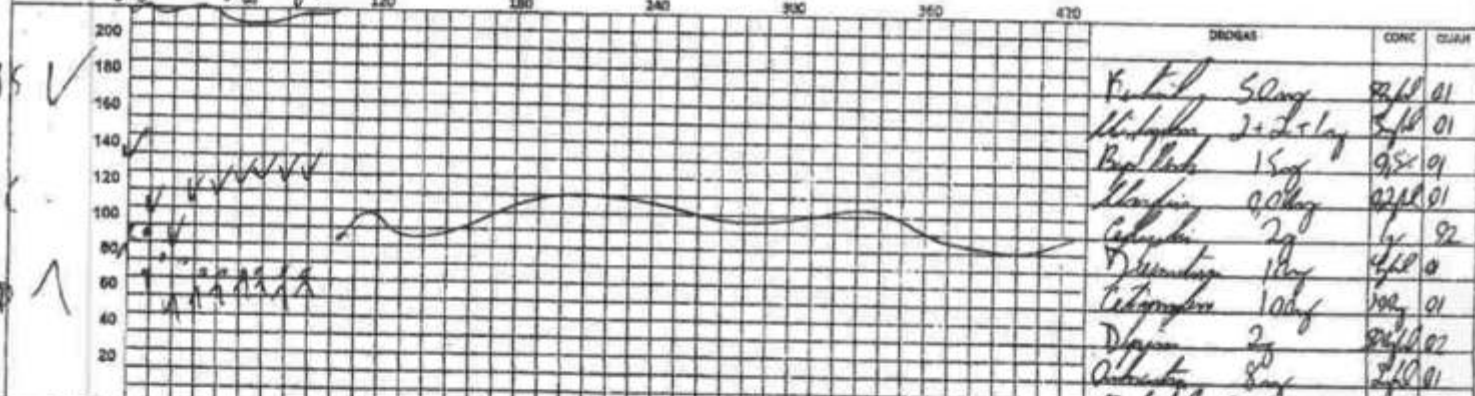
DATA: 22/05/17

PACIENTE: Maria Rosa de Jesus Nascimento MATRICULA: 1092656 CONVÊNIO: SUS  
 IDADE: 44 SEXO: F COR:  ENF: OKT II QUARTO:  LEITO: COS APTO:   
 CIRURGIÃO: Paulo Salati ANESTESISTA: Marcelle + Danilo (OKT)  
 1º AUXILIAR: Vinicius 2º AUXILIAR: Luiz  
 DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura distal da fêmur D.  
 DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO:   
 CIRURGIA PROPOSTA: Torniquete Cirurgia da distal da fêmur D.  
 CIRURGIA REALIZADA: A proposta CÓDIGO CIRURGICO:   
 PRÉ-MEDICAÇÃO:  HORA:  RESULTADO: 1-2-3-4-5-6  
 INÍCIO DA ANESTESIA: 9:00 INÍCIO DA OPERAÇÃO: 9:15 ALT DA ANESTESIA:  RISCO OPERATÓRIO: 2-3-4 ESTADO FÍSICO: 2-3-4-5-6-7

01	22/05/17	9:00	9:15	9:30	9:45	10:00	10:15	10:30	10:45	11:00	11:15	11:30	11:45	12:00
----	----------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

MONITOR ECG  OXIMETRO PULSO  CAPNÓGRATO  PAM NÃO INVASIVA  VENTILADOR

FLUÍDO: Ringer Serum DR500



DRUGAS	CONC	QJAH
Ketalar 50mg	50	01
Morphina 2+2+1mg	2	01
Propofol 15mg	15	01
Clonidine 0,05mg	0,05	01
Atropina 2mg	2	02
Dexametasona 10mg	10	01
Cetorfanol 100mg	100	01
Dipirona 2g	2	02
Codeína 8mg	8	01
E-pantol 2+2	2	01

ANOTAÇÕES:  
 1. Sedação + Respiratória  
 2. Colagem de 1º grau  
 3. Anestesia AII, Clonidine  
 4. Sedação + Analg  
 5. 100% O2  
 6. 100% O2  
 7. 100% O2  
 8. 100% O2  
 9. 100% O2  
 10. 100% O2  
 11. 100% O2  
 12. 100% O2  
 13. 100% O2  
 14. 100% O2  
 15. 100% O2  
 16. 100% O2  
 17. 100% O2  
 18. 100% O2  
 19. 100% O2  
 20. 100% O2

AGENTES ANESTÉSICOS:

TÉCNICA: Sedação + Respiratória

INDUÇÃO: VENOSA POSIÇÃO: SENTADO LOCAL PUNÇÃO: C4-C5 LÍQUIDO RETIRADO: Líquido

TÉCNICA: RAQUÍ POSIÇÃO APOS: DDH POSIÇÃO OPERATÓRIA: DDH RESULTADO: R.M.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 1:10 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1:20 CONSCIÊNCIA:

PÓS-OPERATÓRIO:  UTI  SRPA DESTINO DA SRPA:  LEITO  ALTA HOSPITALAR CONDIÇÕES:

OBSERVAÇÕES: 44, 65kg, Nega Alergia, Tgema OK, ASAT,

ASSIN. Marcelle Pinotti Amorim  
 Anestesiologista  
 ASSIN. Dr. Danilo  
 Anestesiologista

2 Samples  
3 copies  
of Integ

Lot: 2  
Aut: 1

E: 21 (05) 19  
V: 28

Lot: 230  
Aut: III

W/ST  
6-18-19  
240  
Munich

Transp  
01/5 A 28/5/19  
4-298 H 4  
Aktion 207008

Volume 267768

Lot: 03  
Lot: 027  
EX. Medio Pente 33 Pqs  
E-21105119  
V-28105119  
Ginlich  
(488555)

Transp  
L 277  
20  
27/5/19



HOSPITAL DE CLÍNICA DR. AUGUSTO LEITE  
**RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO**

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

Luciano Passos de Sousa Nascimento

IBADE:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

B. E. / BIPOLAR

SERRA ELÉTRICA

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

TRÉPANO ELÉTRICO

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

fratura de fêmur em ducto  
descolado  
A ser feita, a artroscopia, colocada a  
pinça de fêmur, fêmur quebrado  
1/2 supra tuberosidade  
colocada a fêmur continua  
pinça 5 de fêmur continua.

10/25/2019  
DATA

MOD. 042-HCAL

Luciano Passos de Sousa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 866  
ASSINATURA DO CIRURGIÃO




# FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

## RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME:	Marip Rosa de Jesus Nascimento
NUMERO DE INTERNAMENTO:	1092656
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:	1092656
CIRURGIÃO:	Dr. Lucas Paulo
ENFERMEIRO:	João
CIRCULANTE DE SALA:	Marip
ANESTESIOLOGISTA:	Dra. Andreia
INSTRUMENTADOR:	Andreia
DATA:	16/05/19
SALA CIRÚRGICA:	07

### GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES
	

COLABORADORES: Enfermeiros João e Josivaldo desde 27/06/2016

Obs.: permanecer junto ao prontuário



# PROCESSO DE ENFERMAGEM

## Coleta de Dados

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento  
 IDADE: 44 LETO: C5 REGISTRO: 10928686

DATA: 13/15/19 HORA: 16:00  
 SEXO:  MASCULINO  FEMININO DIH: 13/15/19

### ÓSTICOS MÉDICOS:

frat. de femur

### E ESPECÍFICO:

#### INDICADORES DE GRAVIDADE

ÁREA:  Normal  Tubo endotraqueal  Traqueostomia  
 VENTILAÇÃO:  Espontânea  Ventilação Mecânica  Aporte de oxigênio

A bpm: FR: 16 lpm PANI: mmHg Temperatura: 36.7°C Sat. de O<sub>2</sub>: 99 % PAM: 120x40 mmHg  
 mmHg PIC: mmHg PIA:

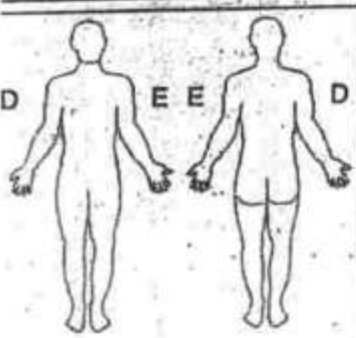
a de Coma de Glasgow: [ MRO: + MRV: + MRM: ] Escala de RASS: Escala de Dor (0-10): 6

HISTÓRICO DE QUEDAS	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	Pontos:
Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional da Saúde <input type="checkbox"/> Muletas, Bengala ou Andador <input type="checkbox"/> Mobilidade Paralela	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30
DISPOSITIVO ENDOVENOSO	MARCHA	ESTADO MENTAL	Pontos:
<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida ou Desbalanceada	<input type="checkbox"/> Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação <input type="checkbox"/> Superestima capacidade ou Esquece limitações	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 15
PERCEPÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE	Pontos:
<input type="checkbox"/> Completamente limitada <input type="checkbox"/> Muito limitada <input type="checkbox"/> Moderadamente limitada <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma alteração	<input type="checkbox"/> Constantemente Úmida <input type="checkbox"/> Frequentemente Úmida <input type="checkbox"/> Ocasionalmente Úmida <input type="checkbox"/> Raramente Úmida	<input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Restrito à cadeira <input type="checkbox"/> Caminha ocasionalmente <input type="checkbox"/> Caminha frequentemente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
MOBILIDADE	NUTRIÇÃO	FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Pontos:
<input type="checkbox"/> Completamente imobilizado <input type="checkbox"/> Muito limitado <input type="checkbox"/> Moderadamente limitado <input type="checkbox"/> Nenhuma limitação	<input type="checkbox"/> Muito pobre <input type="checkbox"/> Inadequada <input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Problema <input type="checkbox"/> Problema Potencial <input checked="" type="checkbox"/> Nenhum problema aparente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

### ALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

kg, Altura: m.

Paciente no leito, consciente, orientada, eupneica verbalizando, calma, acamada. No momento sem queixas, no 1º ppq de fratura



Local	Características

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento

IDADE: 44 anos LEITO: 25 UNIDADE: ortopedia 2

	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
D1 Risco de quedas relacionado à mobilidade física prejudicada.	20/5	21/5	22/5	23/5	/	/	/
D2 Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos.	Y	Y	Y	Y			
D3 Dor aguda relacionada à agentes lesivos evidenciado por relato verbal de dor.	Y	Y	Y	Y			
D4 Mobilidade física prejudicada relacionada à intolerância à atividade evidenciada pela amplitude limitada de movimento.	Y	Y	Y	Y			
D5 Padrão de sono prejudicado relacionada à imobilização física evidenciado por relatos de ficar acordado.	Y	Y	Y	Y			
D6 Integridade da pele prejudicada relacionado à imobilização física evidenciado por rompimento da superfície da pele.	NA	NA	NA	NA			
D7 Integridade tissular prejudicada relacionado à mobilidade física prejudicada evidenciado por tecido lesado.	NA	NA	NA	NA			
D8							
D9							
D10							
OBSERVAÇÕES:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">MANHÃ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">TARDE</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">N1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">N2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">N3</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">NA: NÃO APLICÁVEL</p>						

Magaly Reis da Silva  
CORENSE - 379.815 - ENF

Magaly Reis da Silva  
CORENSE - 379.815 - ENF

Magaly Reis da Silva  
CORENSE - 379.815 - ENF

MAGALY REIS DA SILVA  
ENF. 2 REF.  
ENF. 4 REF.  
ENF. 5 REF.  
ENF. 6 REF.



112.403  
Março

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



SUS Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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  
MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
1092656

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
705009073100254

8 - DATA DE NASCIMENTO  
30/12/1974

9 - SEXO  
Masc.  1 Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE  
ROSA JOSEFA DE JESUS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
ANTONIO DUARTE DE LIMA / ESPOSO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
RUA EGIDIO DOS SANTOS N.50

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
ITABAIANA

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
DDD 79 96559429

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
DDD 79

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO SE 18 - UF 19 - CEP 49500000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Constata-se dor na região do Fêmur O que ocasiona o deslocamento por causa da fratura

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Treatmento Cirurgico

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

Exame de Raios X

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Ex. do fêmur do fêmur S723

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Artroscopia

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

Cláudio Gonçalves Assis 13/05/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

281910016052-5

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

15/05/19

Dra. Angélica Ferreira da Costa  
CRM 3686  
CPF 876.186.736-20



nirhuse.crl &lt;nirhuse.crl@gmail.com&gt;

## DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

CRL CRE &lt;crl.complexoderegulacao1@gmail.com&gt;

13 de maio de 2019 16:42

Para: nirhuse.crl &lt;nirhuse.crl@gmail.com&gt;, Cirurgia HC &lt;regulacaohc@gmail.com&gt;

Boa tarde.

Esta Central de Regulação de Leitos, integrante do Complexo Regulatório de Saúde do Estado, comunica reserva de leito em nome de **MARIA JOSE DE JESUS NASCIMENTO** para admissão em Enfermaria.

### 1. Informações gerais

- a. US: HUSE
- b. Médico solicitante:
- c. Médico da enfermaria :
- d. UE: Hospital Cirurgia
- e. Tipo: Enfermaria
- f. Identificação: Ortopedia 2
- g. Leito: C5
- h. Médico regulador da CRL: Dr. Yuri Lobão
- i. Código de autorização: RL1305HCO2C5YL5

Favor comunicar aos familiares.

### 2. Informações específicas:

Entregar obrigatoriamente a equipe de transferência :

- Cópia do DUSV Enfermaria
- Cópia da prescrição médica atualizada
- Cópia da evolução médica atualizada
- Cópia da evolução enfermagem atualizada
- Cópias dos resultados dos últimos exames

Se o paciente for idoso favor encaminhar junto ao mesmo um acompanhante para realizar a admissão hospitalar.

**OBS1:** Realizar a transferência hoje ate as 17h horas, caso não seja possível, realizar amanhã a partir das 7:00

**OBS 2:** O transporte do paciente fica sob responsabilidade da unidade solicitante.

**OBS 3:** Encaminhar documentos pessoais do paciente

**OBS 4:** O leito ficará reservado para o determinado paciente até 24 horas, a contar deste comunicado. Se o leito for liberado a partir das 17h, esse prazo começa a contar das 7h da manhã seguinte.

Atenciosamente,

Yuri Lobão

Médico Regulador

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuações, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

F.V.M.C. - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49075-170  
FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: jaina.quiteria

-----  
ATENDIMENTO  
-----

ACOMODACAO: Enfermaria  
DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim  
DATA: 13/05/2019 18:31:11 LEITO: MED GER. C05 - Ortopedia II  
TIPO: Urgência  
CONVENIO: SUS INTERNO  
PROFISSIONAL: 4451-PAULO MÁRCIO DE CARVALHO SALOTTI

-----  
PACIENTE CARTÃO SUS: 705009073100254  
-----

ATENDIMENTO: 1092656  
NOME: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO  
ENDEREÇO: RUA EGIDIO DOS SANTOS Nº: 50  
BAIRRO: Centro UF:SE CEP:49500000  
CIDADE: Itabaiana CPF 00921508530  
FONE: 96559429 R.G: 1276088  
DATA NASC.: 30/12/1974 IDADE: 44 SEXO: Feminino  
EST. CIVIL: Solteiro PROFISSÃO  
NOME DO PAI: JOSE BISPO DO NASCIMENTO  
NOME DA MAE: ROSA JOSEFA DE JESUS

-----  
RESPONSÁVEL:  
-----

NOME DO RESPONSÁVEL: ANTONIO DUARTE DE LIMA/ESPOSO  
ENDEREÇO:  
BAIRRO: CIDADE: UF:

*Coord - 1/2403  
Soete - 962*

-----  
DADOS COMPLEMENTARES:  
-----

CID: 572.3-Fratura da diáfise do fêmur  
ORIGEM: Itabaiana  
DIAS INTERNAMENTO: 4  
PROC. SUS: 040805051-9 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Diafise Do  
A.H.: 2819

*EX < Pós: OK  
Pós: OK*

*Alta Hospitalar  
24/05/19*

*Aline*

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 13.016.332.000
--	------------------------------	-----------------------

NOME DO(A) PACIENTE <i>Maria Rosa de Jesus Nasimbo</i>	NOME DA MÃE
---	-------------

ENDEREÇO COMPLETO	SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
-------------------	---

DATA DE INTERNAÇÃO	HORA DE INTERNAÇÃO	CARÁTER <input type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO	ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE
--------------------	--------------------	--	------	-----------------	---------	------------------------

<input checked="" type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	

<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ORTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MULTIPLA	<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"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE		<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>[Assinatura]</i>	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DATA DA SOLICITAÇÃO 22/08/2019
--	---	------------------------	-----------------------------------

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

*Por operatório realizado fraturas do pé do fêmur com fixação*

*Soluções permanentes man*

*Rodrigo*

*Cirurgião*

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 06/02/19	
MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADO (ASSINATURA / CARIMBO) <i>[Assinatura]</i> Dra. Viviane Pereira da Motta Supervisora Médica SES CRM SE 3686 CPF 876 104 735-20
	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)

**MEDCOM COMERCIO REP. E SERVICOS  
LTDA. EPP**

RI A DES. JOSE SOTERO, 481 - 13 DE JULHO  
49020-110 ARACAJU - SE  
FONE: 3302-4120

**DANFE**  
DOCUMENTO  
AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAÍDA **1**  
000.004.393  
SÉRIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
2819 0506 8861 3600 0127 5500 1000 0043 9313 5231 6937

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA MERC ISENTA / INTERNA</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>328190005751400 27/05/2019 16:36:22</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>27.110.238-1</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ <b>06.886.136/0001-27</b>

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>FUNDAÇÃO DE BENEF. HOSPITAL DE CIRURGIA</b>		CNPJ / CPF <b>13.016.332/0001-06</b>	DATA DA EMISSÃO <b>27/05/2019</b>
ENDEREÇO <b>AV. DES. MAYNARD N. 174, S/N</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>CIRURGIA</b>	CEP <b>49055-210</b>
MUNICÍPIO <b>ARACAJU</b>	UF <b>SE</b>	FONE / FAX <b>(079) 210672-3655</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FATURA / DUPLICATA <b>001 26/06/2019 296,13</b>		HORA DA SAÍDA <b>16:36:15</b>	

CÁLCULO DO IMPOSTO		TOTAL DOS PRODUTOS		<b>296,13</b>
BASE CÁLC ICMS <b>0,00</b>	VALOR ICMS <b>0,00</b>	BASE CÁLC ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR ICMS ST <b>0,00</b>	
VALOR FRETE <b>0,00</b>	VALOR SEGURO <b>0,00</b>	VALOR DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESP. <b>0,00</b>	VALOR IPI <b>0,00</b>
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				TOTAL DA NOTA <b>296,13</b>

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA <b>0-EMITENTE</b>	CODIGO ANTI	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QTD. QUANTIDADE	ESPECIE <b>Caixas</b>	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS											
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B. CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIC. ICMS
5112	PLACA LARGA 10 FUROS 4.5 0702030910 UND.....	90211020	0102	5102	UND	1	296,13	296,13	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Fantasia: FUNDAÇÃO DE BENEF. HOSPITAL DE CIRURGIA / PACIENTE: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO - SUS - DR. PAULO 04080105051-9 - 1092656 - AIH 281910016052 - 5 BANCO DO BRASIL - AG. 1224-6 - CONTA CORRENTE- 116.402-3 / Vend: 1-MEDCOM - Rota: 0 / Cond. Vend: 241 - DEPOSITO BB 30 DIAS / Digitador: 53 / Ped. 30864 / O.S. 27243		
*INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: *		

Recibemos de MEDCOM COMERCIO REP. E SERVICOS LTDA. EPP OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 27/05/2019 VALOR TOTAL 296,13 DESTINATÁRIO: FUNDAÇÃO DE BENEF. HOSPITAL DE CIRURGIA - AV. DES. MAYNARD N. 174, S/N, CIRURGIA, 49055-210-ARACAJU-SE

DATA DO RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_ IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: \_\_\_\_\_

**NF-e**  
**000.004.393**  
**SÉRIE 1**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM**

**Coleta de Dados**

NOME: Maria Rosa de Jesus

IDADE: 44 LEITO: C5 REGISTRO: J092656

DATA: 30/5/19 HORA: 13:00

SEXO:  MASCULINO  FEMININO DIH: 13/5/19

**SÍNTOMAS MÉDICOS:**

Fratura de fêmur

**ESPECÍFICO:**

**FAISORES DE GRAVIDADE**

REA:  Normal  Tubo endotraqueal  Traqueostomia VENTILAÇÃO:  Espontânea  Ventilação Mecânica  Aporte de oxigênio

FC: 98 bpm FR: 20 lpm PANI: 0 mmHg Temperatura: 36 °C Sat. de O<sub>2</sub>: 97 % PAM: mmHg

mmHg PIC: 0 PIA: 0

de Coma de Glasgow: [ MRO: + MRV: + MRM: ] Escala de RASS: Escala de Dor (0-10): 6

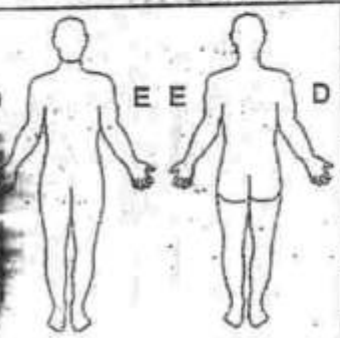
HISTÓRICO DE QUEDAS	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	Pontos:
0 Não 15 Sim	0 15	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde Muletas, Bengala ou Andador Mobilidade Paralela	0 15 30
0 20	0 Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas 10 Fraca 20 Comprometida ou Gêmeleante	0 Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação 15 Superestima capacidade ou/Esquece limitações	0 15

PERCEÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE	Pontos:
1 Completamente limitada 2 Muito limitada 3 Parcialmente limitada 4 Nenhuma alteração	1 Constantemente Úmida 2 Frequentemente Úmida 3 Ocasionalmente Úmida 4 Raramente Úmida	1 Acamado 2 Restrito à cama 3 Caminha ocasionalmente 4 Caminha frequentemente	1 2 3 4
1 Completamente imobilizado 2 Muito limitado 3 Parcialmente limitado 4 Nenhuma limitação	1 Muito pobre 2 Inadequada 3 Adequada 4 Excelente	1 Problema 2 Problema Potencial 3 Nenhum problema aparente	1 2 3

**RELACIONAMENTO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO**

kg, Altura: m.

Paciente no leito consciente, orientada, eupríca, verbalizando, calma no momento sem queixos. Permanece aguardando a visita.



Úlcera Por Pressão		Característica
Local	Class.	
		<del> </del>
		<del> </del>
		<del> </del>
		<del> </del>

**POS-OPERATÓRIO IMEDIATO (Admissão na Sala de Recuperação Pós Anestésica - SRPA)**

**DISPOSITIVOS EM USO**

TETTER O2: \_\_\_ L/MIN ( ) MASCARA O2 - FIO2: \_\_\_ % ( ) VMI/TOT - Modo: \_\_\_ e FIO2: \_\_\_ % ( ) MARCAPASSO  
 TETTER VENOSO PERIFÉRICO \_\_\_ ( ) CATETER VENOSO CENTRAL ( ) CATETER PERITONEAL ( ) SONDA VESICAL ( ) SONDA GÁSTRICA/ENTERAL ( ) OSTOMIA  
 ALDA ( ) DRENO SUÇÃO: \_\_\_ ( ) DRENO PENROSE: \_\_\_ ( ) DRENO TORÁCICO: \_\_\_ ( ) DRENO TEPRÁCICO

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Admissão da SRPA)**

0	FR: ___ rpm	SpO2: ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
0	FR: ___ rpm	SpO2: ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
0	FR: ___ rpm	SpO2: ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
0	FR: ___ rpm	SpO2: ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
20	FR: ___ rpm	SpO2: ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
50	FR: ___ rpm	SpO2: ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___

DIAGNÓSTICO: h. Paciente adm na SRPA após ato cirúrgico em abdome  
 assistido + RVP + Soro + Insulina + Heparina em HD.  
 com torçãõ de 83, SpO2 100%, PA 151/23. Aus. evidências de emergência

ASSINATURA: *Cátia Biffignoni Santos*  
 COREN: 4358734-TE

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Alta da SRPA)**

DIAGNÓSTICO: 4. ED. h. Paciente encaminhado para  
 setor em casa de saúde de Jandira SP  
 após de funcionamento de Jandira SP

ASSINATURA: *Maria Suzete Alves Nunes*  
 Téc. de Enfermagem

**MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK**

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)		Valor	0	30	60	90	120
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	02					
	Capaz de mover os 02 membros	01					
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02					
	Dispneia ou limitação de respiração	01					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02					
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01					
	PA 50% do nível pré anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02					
	Desperta se solicitado	01					
	Não responde	0					
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02					
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01					
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0					
<b>IAK</b>	<b>TOTAL</b>						

HORARIO DE ALTA: SRPA: \_\_\_  
 ASSINATURA: RES: ESTO: G: S: / M: \_\_\_

LEGENDA: DCR (0-2 leve) / (3-7 moderada) / (8-10 intensa)

Out II

Obs. f. eiente em HAO com deficiencia de P. Pericardio

HOSPITAL CIRURGIA

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Maria Rosa de Jesus Nascimento Procedência: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Idade: 44 Sexo: ( ) M ( ) F Data de admissão: 16/05/19 Leito: 1092656

## TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue ( ) SIM ( ) NÃO Volume: \_\_\_\_\_ Vaga na UTI ( ) SIM ( ) NÃO  
 P/Preparo: ( ) Jejum a partir - HORÁRIO: 19:30 e DATA: 15/05/19 ( ) Punção venosa periférica  
 Retirar a prótese e adornos: ( ) Prótese dentária ( ) Lente de contato ( ) Jóias ( ) Grampos ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Alergia conhecida: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (IS): \_\_\_\_\_  
 Hábito de vida: Tabagista: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) TEMPO: \_\_\_\_\_ / Etilista: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) TEMPO: \_\_\_\_\_  
 Passado cirúrgico: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (IS): Urogadina  
 Doenças atuais: ( ) HAS ( ) ICC ( ) IAM ( ) AVC ( ) DM ( ) NEO ( ) DPOC ( ) IRC ( ) ITU ( ) NÃO  
 Faz uso de medicamento: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (IS): \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)



HORARIO: 05:30h.  
 Paciente admitida na SRPA para submeter-se a um procedimento cirúrgico. Veio na maca calma, orientada, eupórico, verbalizando em uso de BUP em US + Doraleptia, acompanhado da equipe de enfermagem com oxímetros e monitora-  
 ção, completo das atividades da equipe de enfer-  
 magem SSVU. RA= \_\_\_\_\_  
 SPO= 85. FC= 82

ASSINATURA:

Tabinda dos Anjos  
CRP-SE 1358216-TE

## INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

### EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: Dionisio Paulo  
 Instrumentador: André  
 Anestesiologista: Dr. André  
 Circulante: José

### PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Proposto: \_\_\_\_\_ Realizado: \_\_\_\_\_  
 Horário - Início: \_\_\_\_\_ h e Término: \_\_\_\_\_ h.  
 Monitoração: \_\_\_\_\_  
 ( ) ECG ( ) Oximetria ( ) PANI ( ) Pressão Invasiva: \_\_\_\_\_  
 Técnicas Anestésicas:  
 ( ) Geral venosa ( ) Geral intravenosa  
 ( ) Geral combinada ( ) Peridural com cateter Peridural sem cateter  
 ( ) Raqui-anestesia ( ) Bloqueio ( ) Sedação ( ) Local  
 Posição Cirúrgica:  
 ( ) Dorsal ( ) Ventral ( ) Ginecológica ( ) Lateral D ( ) Lateral E  
 ( ) Outras \_\_\_\_\_  
 Local da placa dispersiva: \_\_\_\_\_  
 Incisão Cirúrgica - local: \_\_\_\_\_  
 Curativo - Tipo e local: \_\_\_\_\_

### SERVIÇO DE APOIO

Hemotransfusão com SO ( ) SIM ( ) NÃO  
 1º Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_  
 2º Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_  
 3º Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_  
 Anatomopatológico: ( ) SIM ( ) NÃO  
 Peça cirúrgica: \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: \_\_\_\_\_ h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: \_\_\_\_\_ h.

Paciente recebida p/ procedimento cirúrgico e uso de maca com corno UCCO N SE respali-  
 dando a dor alívio verbalizando bem orientada  
 PA 151x71 mmHg Pulso 90, segue a cirurgia  
 Resumo de cirurgia paciente encaminhado  
 p/ sala de SRPA p/ recuperação

Érica Silva Santos  
SAEP Clínica/OPC  
Mat. 29440

ASSINATURA:

Tabinda Santos Costa  
Enf. de Enfermagem  
CORENSE 454851

Tabinda Santos Costa  
Core  
454851

**LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR**

Nº DO LAUDO DE AIH: \_\_\_\_\_ SEQUÊNCIA: \_\_\_\_\_ Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO: \_\_\_\_\_ Nº DO CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_ Nº DO PRONTUÁRIO: **1092656**

UNIDADE SOLICITANTE: **FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA** CÓDIGO DA UNIDADE: **0002283** CGC: **13.016.332.0001-06**

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº: **371279**

NOME DA MÃE: **Rosa Beia de Jesus** SEXO:  Masculino  Feminino

ENDEREÇO COMPLETO: **Rua Egidio dos Srs** MUNICÍPIO: **Itapecuru** RESIDÊNCIA: **Itapecuru**

DATA DE INTERNAÇÃO: **13/05/99** HORA DE INTERNAÇÃO: **18:31** Min. CARÁTER:  URG  ELETIVA TIPO: \_\_\_\_\_ Nº DE LEITO: **05** ENFERM: **0** CPF MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

**TIPO DE SOLICITAÇÃO**

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1: _____ QTDE: _____
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 2: _____ QTDE: _____
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	PROCEDIMENTO 3: _____ QTDE: _____
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	PROCEDIMENTO 4: _____ QTDE: _____
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE
<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____	

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO): **Dr. Ricardo Passos de Sousa** DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO): \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO: **1 Fw de Steinem. 4,5 x 3 20**

EXAMES COMPLEMENTARES: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO AUTORIZADO: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

AUTORIZADO:  SIM  NÃO MOTIVO DA REJEIÇÃO: \_\_\_\_\_

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO): **06/08/99** MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO): **Supervisora reneva da saúde** CRM-SE 3085 **19873547** MÉDICO AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_ MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO): \_\_\_\_\_



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite".

Comunicado de Utilização de Órtese, Prótese e Material Especial (OPME)  
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Julia Rosa de Jesus Matrícula: 10922656  
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Convênio: pus  
Diagnóstico: Fratura femur  
Procedimento realizado: redução e fixação  
Data da utilização: 10/05/19

Duciano Passos de Sá  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 886

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Duciano Passos de Sá  
CRM: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	<u>1</u>	<u>Fio Steinman 4.5x300</u>
		IOL IMPLANTES LTDA
		Nome Comercial:
		Fio Steinman 4.5x300
		Código: 4001390458
		Lote: 04479/15
		ANVISA: 10223680050

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Medsona CNPJ: \_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura: [Assinatura]

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: 1/1/19  
Farmacêutico: \_\_\_\_\_

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Marcia Rosa de Jesus Matrícula: 1092650  
 Idade: 411 Sexo:  M  F Data de admissão: 13/05/2019 Procedência: Ortopedia II  
 Leito: enc.

**TRANS-OPERATORIO (Admissão no Centro Cirúrgico)**

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue  SIM  NÃO Volume: \_\_\_\_\_ Vaga na UTI  SIM  NÃO
- Preparo:  Jejum a partir - HORÁRIO: \_\_\_\_\_ e DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Punção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos:  Prótese dentária  Lente de contato  Jóias  Grampos  Outros: \_\_\_\_\_
- Alergia conhecida:  SIM  NÃO  QUAL (IS): \_\_\_\_\_
- Hábito de vida: Tabagista:  SIM  NÃO  TEMPO: \_\_\_\_\_ / Etilista:  SIM  NÃO  TEMPO: \_\_\_\_\_
- Passado cirúrgico:  SIM  NÃO  QUAL (IS): \_\_\_\_\_
- Doenças atuais:  HAS  ICC  IAM  AVC  DM  NEO  DPOC  IRC  ITU  NÃO.
- Faz uso de medicamento:  SIM  NÃO  QUAL (IS): \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)**

HORARIO: \_\_\_\_\_ h.



ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**INTRA-OPERATORIO (Admissão na Sala Operatória - SO)**

**EQUIPE CIRÚRGICA**

- Cirurgião: Dr. Paulo Salitto
- Instrumentador: Marcia
- Anestesilogista: A. Marcolle
- Circulante: Rafaela

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

- Proposto: \_\_\_\_\_ Realizado: \_\_\_\_\_
- Horário - Início: \_\_\_\_\_ h e Término: \_\_\_\_\_ h.
- Monitoração:  ECG  Oximetria  PANI  Pressão invasiva: \_\_\_\_\_
- Técnicas Anestésicas:  Geral venosa  Geral intravenosa  Geral combinada  Peridural com cateter  Peridural sem cateter  Raqui-anestesia  Bloqueio  Sedação  Local
- Posição Cirúrgica:  Dorsal  Ventral  Ginecológica  Lateral D  Lateral E  Outras \_\_\_\_\_
- Local da placa dispersiva: PE
- Incisão Cirúrgica - local: \_\_\_\_\_
- Curativo - Tipo e local: comum

**SERVIÇO DE APOIO**

- Hemotransusão com SO  SIM  NÃO
- ( ) 1ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- ( ) 2ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- ( ) 3ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- Anatomopatológico:  SIM  NÃO
- ( ) Peça cirúrgica: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)**

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: \_\_\_\_\_ h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: \_\_\_\_\_ h.

Paciente admitida na SO para realização de procedimento cirúrgico, consciente, em estado satisfatório em relação, em uso de suporte de monitoração em GUV no momento. PA: 90x53 mmHg, FC: 70 bpm, SpO2: 99%. Realizada anestesia + ato cirúrgico. Paciente encaminhada para a SRPA em uso de sedação + oxigênio, contínuo e sob esta anestesia após ato cirúrgico.

Lindiane Silva Santos  
 Enfermeira Cirúrgica  
 Matr. 109440

ASSINATURA: Rafaela de Jesus Santos  
 COREN-SE - 1365850 - TE

**LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR**

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS : 705009073100254	Nº DO PRONTUÁRIO
--------------------	-----------	-----------------------------	---------------------------------------	------------------

UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA	CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
--	------------------------------	---------------------------

NOME DO(A) PACIENTE

NOME DA MÃE  
Rosa Teófilo de Jesus

SEXO:  Masculino  Feminino

ENDEREÇO COMPLETO  
Rua Jacidino dos Santos 71º 50

DATA DE INTERNAÇÃO 13/05/29	HORA DE INTERNAÇÃO 18h 32 Min.	CARÁTER <input type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO 03	ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE
--------------------------------	-----------------------------------	--	------	-----------------------	---------	------------------------

**TIPO DE SOLICITAÇÃO**

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE			
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2	QTDE
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4	QTDE
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS				
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5		
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5		
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE				

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)      DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)      DATA DA SOLICITAÇÃO

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO  
3 Pecca 10 furas large. 4c5  
10 Profuss verticais.

Dr. Paulo Sabetti  
Médico  
CRA - 4554

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
---	--------------------

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) 06/08/29	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) Médico Paulo Sabetti CRMSE 3686 RTE 978 10R 725.28	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)
---	--	--------------------------	---




FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

Comunicado de Utilização de Órtese, Prótese e Material Especial (OPME)  
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Mario Rosa de Jesus Nascimento Matrícula: 1092656  
 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Convênio: SUS  
 Diagnóstico: Fratura distal do fêmur  
 Procedimento realizado: AO comêllo redução e fixação  
 Data da utilização: 22/05/19

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr Paulo Salotti   
 CRM: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	1	placa 10 furos longa 4.0
	5	Parafusos verticais nº38
	5	Parafusos verticais nº40

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Farmacêutico: \_\_\_\_\_

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"  
**RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO**

UNIDADE:

PACIENTE: Marcos Roxo de Jesus Noroeste  
 MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Fechada do Fêmur  
 CIRURGIA REALIZADA: Redução Aberta + Fixação Interna  
 CIRURGIÃO: Dr. Paulo ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_  
 AUXILIAR: Dr. V. M. M. AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA UTILIZADA: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

EQUIPAMENTOS

<input type="checkbox"/> B. E. / BIPOLAR	<input type="checkbox"/> TRÉPANO ELÉTRICO
<input type="checkbox"/> SERRA ELÉTRICA	<input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
<input type="checkbox"/> FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA	

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

- (1) Exame físico + radiografia + cap.
- (2) Acesso ao fêmur
- (3) Redução da fratura + fixação com placa e parafusos
- (4) Curativo
- (5) Intubação

22/07/14

Dr. Paulo Salotti  
Médico  
CRM 4451



nirhuse.crl &lt;nirhuse.crl@gmail.com&gt;

## DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

CRL CRE &lt;crl.complexoderegulacao1@gmail.com&gt;

13 de maio de 2019 16:42

Para: nirhuse.crl &lt;nirhuse.crl@gmail.com&gt;, Cirurgia HC &lt;regulacaohc@gmail.com&gt;

Boa tarde.

Esta Central de Regulação de Leitos, integrante do Complexo Regulatório de Saúde do Estado, comunica reserva de leito em nome de **MARIA JOSE DE JESUS NASCIMENTO** para admissão em Enfermaria.

### 1. Informações gerais

- a. US: HUSE
- b. Médico solicitante:
- c. Médico da enfermaria :
- d. UE: Hospital Cirurgia
- e. Tipo: Enfermaria
- f. Identificação: Ortopedia 2
- g. Leito: C5
- h. Médico regulador da CRL: Dr. Yuri Lobão
- i. Código de autorização: **RL1305HCO2C5YL5**

Favor comunicar aos familiares.

### 2. Informações específicas:

Entregar obrigatoriamente a equipe de transferência :

- Cópia do DUSV Enfermaria
- Cópia da prescrição médica atualizada
- Cópia da evolução médica atualizada
- Cópia da evolução enfermagem atualizada
- Cópias dos resultados dos últimos exames

Se o paciente for idoso favor encaminhar junto ao mesmo um acompanhante para realizar a admissão hospitalar.

**OBS1:** Realizar a transferência hoje até as 17h horas, caso não seja possível, realizar amanhã a partir das 7:00

**OBS 2:** O transporte do paciente fica sob responsabilidade da unidade solicitante.

**OBS 3:** Encaminhar documentos pessoais do paciente

**OBS 4:** O leito ficará reservado para o determinado paciente até 24 horas, a contar deste comunicado. Se o leito for liberado a partir das 17h, esse prazo começa a contar das 7h da manhã seguinte.

Atenciosamente,

Yuri Lobão

Médico Regulador

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuções, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435625/19

**Vítima:** MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

**CPF:** 009.215.085-30

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/05/2019

**Titular do CPF:** MARIA ROSA DE JESUS  
NASCIMENTO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO : 009.215.085-30**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019  
Nome: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO  
CPF: 009.215.085-30

MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019  
Nome: VALDECI CALDAS BARBOSA NETO  
CPF: 139.518.547-66

VALDECI CALDAS BARBOSA NETO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA DE COSTA RICA - NO PLAZA DE BARRIO



Maria Rosa de Jesus Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.276.068 2.VIA

DATA DE EMISSÃO 02/09/2016

NOME

MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

FILIAÇÃO

JOSE BISPO DO NASCIMENTO

ROSA JOSEFA DE JESUS

NATURALIDADE

ARACAJU-SE

DATA DE NASCIMENTO

30/12/1974

DOO ORIGINAL

CT. NASCIM. NR 87779 LV 69 FL 68

EMIT. DOF. DIST. COM. ARACAJU-SE

009.215.085-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/93

# 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: 009.215.085-30 4 - Nome completo da vítima: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO 6 - CPF: 009.215.085-30  
 7 - Profissão: GARI 8 - Endereço: Rua: EGÍDIO DOS SANTOS 9 - Número: 50 10 - Complemento: CASA  
 11 - Bairro: MUTIRÃO 12 - Cidade: ITABAIANA 13 - Estado: PERNAMBUCO 14 - CEP: 49.500-000  
 15 - E-mail: WIDVISEGURAS19@G.MAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 79/996066460

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

**21 - DADOS BANCÁRIOS:**  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0561 013 CONTA: 00140217 2 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nasoturo (vairasor)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

**NÃO ALFABETIZADO**

34 - \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, ITABAIANA - PERNAMBUCO 20 DE NOVEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria Rosa de Jesus Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Ribeirópolis, 21 de novembro de 2019 10:48:38

Em testemunho da verdade  
Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escrivente Autorizado)  
Valor Total R\$ 3,44  
Selo T/SE - 201929666014809, Acesso  
<http://www.tjse.jus.br/si/QNEM8D>

Ygor Nicolas Oliveira Freire  
Escrivente Autorizado



ADO DE SERGIPE

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS-  
ITABAIANA - ITABAIANA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 118594/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/11/2019 09:45 Data/Hora Fim: 11/11/2019 10:06  
Delegado de Polícia: Josefa Valéria Nascimento Andrade

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Atendimento A Grupos Vulneráveis- Itabaiana  
Data/Hora do Fato: 12/05/2019 17:30

Local do Fato

Município: Itabaiana (SE)  
Logradouro: BR 235

Bairro: Racho Doce

Ponto de Referência: SUPERMERCADO ASSAI  
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Aracaju	Sexo: Feminino	Nasc: 30/12/1974
Profissão: Garç	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Rosa Josefa de Jesus	Nome do Pai: José Bispo do Nascimento		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.215.085-30  
RG - Carteira de Identidade: 1278088

Endereço

Município: Itabaiana - SE  
Logradouro: RUA EGÍCIO DOS SANTOS Nº: 60  
Bairro: CENTRO  
Telefone: (79) 99655-9423 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

QUE, no dia 12 de maio do corrente ano, por volta das 17:30 horas, a declarante transitava a pé pelo acostamento da BR 235, próximo ao Supermercado Assai, nesta cidade, quando foi atropelada por um carro (não sabe informar detalhes acerca do veículo); QUE, em instantes, a declarante foi socorrida por uma ambulância do SAMU, que a conduziu ao hospital local, de onde foi transferida ao HUPIL, tendo sido levada, por fim, para o Hospital Cirúrgico, ambos na cidade de Aracaju. QUE a declarante teve lesões no corpo inteiro e sofreu fraturas múltiplas na perna direita. QUE, em decorrência do acidente, a declarante foi submetida a várias intervenções cirúrgicas e até hoje necessita de muletas para se locomover. QUE presta essas declarações com o objetivo de acionar o seguro DPVA.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS-  
 ITABAIANA - ITABAIANA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 118594/2019

*Marisa da Silva Santos*  
 Agente de Polícia  
 Matrícula: 167304  
 Polícia Civil do Sergipe

ASSINATURAS

Marisa da Silva Santos  
 Responsável pelo Atendimento

*Marcelo Rosa de Jesus Nascimento*  
 Marcelo Rosa de Jesus Nascimento  
 (Vítima / Comunicante)

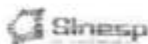
Todo o conteúdo devido (na de direito que não seja) (prova) (relatório) e as informações acima assentadas a certo (que ocorreu) (evento) e criminalmente pelo (presente) (destruído) que de (como) (se) (nos) (Artigo 331 - Denúncia) (Código) e 340 - Constituição) (Falsa) (do) (Crime) (de) (Contravenção) (do) (Código) (Penal) (Brasiliano).



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIROPOLIS/SE  
 AUTENTICAÇÃO  
 Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original apresentada, do que dou fé.  
*Ygor Nicolas Oliveira Freire*  
 Escrivão Autorizado

Ribeirópolis, 21 de novembro de 2019 10:48:39

Em testemunho da verdade  
 Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escrivão Autorizado)  
 Valor Total R\$ 3,44  
 Selo TJSE: 201929688014609. Acesso:  
<https://www.tjse.jus.br/x/ONEB0>



**RELATÓRIO 0901 / 2019 REFERENTE À OCORRÊNCIA**

**NÚMERO: 1905120781 / ESUS - SAMU**

**e - DOC 020000.18290 / 2019 - 7**

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 18h42min do dia 12 de Maio de 2019, para atendimento de vítima identificada como **Maria Rosa de Jesus Nascimento**, com relato de **atropelamento por carro**, na BR 235, no município de Itabaiana.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico - Areia Branca** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Hospital Regional** do município de Itabaiana para avaliação, sendo em seguida transferido pela mesma equipe da **Unidade de Suporte Básico** para o **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** no município de Aracaju, onde deixou a paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 22 de Julho de 2019

*may sue*

Mary de Machado Tardes  
MÉDICA  
CRM 1720

*pl* **Andréa Lenir Bastos Paiva Nery**

**Coordenadora Médica**

**SAMU 192 SERGIPE**

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIRÓPOLIS/SE

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reproduzidas conforme o original e mim apresentadas, no dia 20/07/19

Ribeirópolis, 21 de novembro de 2019 às 10:46:19

Em testemunho, da verdade

Ygor Nicolau Oliveira Freire (Escravato)

Autorizado

Valor Total R\$ 3,44

Selo TJ/SE: 20182968014810. Acesso

https://www.tjse.jus.br/sigilp/BRQBM

*Ygor Nicolau Oliveira Freire*  
Escravato Autenticado

