
Rio de Janeiro, 09 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: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190680282

Vítima: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

Data do Acidente: 12/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 22/11/2021, 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: 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@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 79/996066460

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 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 nascituro (vivo/nascido)? 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.

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, 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)

CAIXA Loterias CA

CAIXA Loterias

316-400414238-4

12/NOV/2019

HORA DF 12:58:09

LOT. 22.004568-2
LOCALIDADE: ITABAIANA
AG. VINCULADA: 0561

TERM 011156

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0561.00140217-2

NUM: MARIA ROSA DE J NASCIMENT

poupança

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 À 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 17:30horas, 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 escoriações no corpo inteiro e sofreu fraturas múltiplas na perna direita. QUE, em decorrência do acidente, a declarante foi submetida a diversas 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

Maru Rosa de Jesus Nascimento
 Maria Rosa de Jesus Nascimento
 (Vítima / Comunicante)

Todo o conteúdo divulgado no site eletrônico que seja (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k) (l) (m) (n) (o) (p) (q) (r) (s) (t) (u) (v) (w) (x) (y) (z) (aa) (ab) (ac) (ad) (ae) (af) (ag) (ah) (ai) (aj) (ak) (al) (am) (an) (ao) (ap) (aq) (ar) (as) (at) (au) (av) (aw) (ax) (ay) (az) (ba) (bb) (bc) (bd) (be) (bf) (bg) (bh) (bi) (bj) (bk) (bl) (bm) (bn) (bo) (bp) (bq) (br) (bs) (bt) (bu) (bv) (bw) (bx) (by) (bz) (ca) (cb) (cc) (cd) (ce) (cf) (cg) (ch) (ci) (cj) (ck) (cl) (cm) (cn) (co) (cp) (cq) (cr) (cs) (ct) (cu) (cv) (cw) (cx) (cy) (cz) (da) (db) (dc) (dd) (de) (df) (dg) (dh) (di) (dj) (dk) (dl) (dm) (dn) (do) (dp) (dq) (dr) (ds) (dt) (du) (dv) (dw) (dx) (dy) (dz) (ea) (eb) (ec) (ed) (ee) (ef) (eg) (eh) (ei) (ej) (ek) (el) (em) (en) (eo) (ep) (eq) (er) (es) (et) (eu) (ev) (ew) (ex) (ey) (ez) (fa) (fb) (fc) (fd) (fe) (ff) (fg) (fh) (fi) (fj) (fk) (fl) (fm) (fn) (fo) (fp) (fq) (fr) (fs) (ft) (fu) (fv) (fw) (fx) (fy) (fz) (ga) (gb) (gc) (gd) (ge) (gf) (gg) (gh) (gi) (gj) (gk) (gl) (gm) (gn) (go) (gp) (gq) (gr) (gs) (gt) (gu) (gv) (gw) (gx) (gy) (gz) (ha) (hb) (hc) (hd) (he) (hf) (hg) (hh) (hi) (hj) (hk) (hl) (hm) (hn) (ho) (hp) (hq) (hr) (hs) (ht) (hu) (hv) (hw) (hx) (hy) (hz) (ia) (ib) (ic) (id) (ie) (if) (ig) (ih) (ii) (ij) (ik) (il) (im) (in) (io) (ip) (iq) (ir) (is) (it) (iu) (iv) (iw) (ix) (iy) (iz) (ja) (jb) (jc) (jd) (je) (jf) (jg) (jh) (ji) (jj) (jk) (jl) (jm) (jn) (jo) (jp) (jq) (jr) (js) (jt) (ju) (jv) (jw) (jx) (jy) (jz) (ka) (kb) (kc) (kd) (ke) (kf) (kg) (kh) (ki) (kj) (kk) (kl) (km) (kn) (ko) (kp) (kq) (kr) (ks) (kt) (ku) (kv) (kw) (kx) (ky) (kz) (la) (lb) (lc) (ld) (le) (lf) (lg) (lh) (li) (lj) (lk) (ll) (lm) (ln) (lo) (lp) (lq) (lr) (ls) (lt) (lu) (lv) (lw) (lx) (ly) (lz) (ma) (mb) (mc) (md) (me) (mf) (mg) (mh) (mi) (mj) (mk) (ml) (mm) (mn) (mo) (mp) (mq) (mr) (ms) (mt) (mu) (mv) (mw) (mx) (my) (mz) (na) (nb) (nc) (nd) (ne) (nf) (ng) (nh) (ni) (nj) (nk) (nl) (nm) (nn) (no) (np) (nq) (nr) (ns) (nt) (nu) (nv) (nw) (nx) (ny) (nz) (oa) (ob) (oc) (od) (oe) (of) (og) (oh) (oi) (oj) (ok) (ol) (om) (on) (oo) (op) (oq) (or) (os) (ot) (ou) (ov) (ow) (ox) (oy) (oz) (pa) (pb) (pc) (pd) (pe) (pf) (pg) (ph) (pi) (pj) (pk) (pl) (pm) (pn) (po) (pp) (pq) (pr) (ps) (pt) (pu) (pv) (pw) (px) (py) (pz) (qa) (qb) (qc) (qd) (qe) (qf) (qg) (qh) (qi) (qj) (qk) (ql) (qm) (qn) (qo) (qp) (qq) (qr) (qs) (qt) (qu) (qv) (qw) (qx) (qy) (qz) (ra) (rb) (rc) (rd) (re) (rf) (rg) (rh) (ri) (rj) (rk) (rl) (rm) (rn) (ro) (rp) (rq) (rr) (rs) (rt) (ru) (rv) (rw) (rx) (ry) (rz) (sa) (sb) (sc) (sd) (se) (sf) (sg) (sh) (si) (sj) (sk) (sl) (sm) (sn) (so) (sp) (sq) (sr) (ss) (st) (su) (sv) (sw) (sx) (sy) (sz) (ta) (tb) (tc) (td) (te) (tf) (tg) (th) (ti) (tj) (tk) (tl) (tm) (tn) (to) (tp) (tq) (tr) (ts) (tt) (tu) (tv) (tw) (tx) (ty) (tz) (ua) (ub) (uc) (ud) (ue) (uf) (ug) (uh) (ui) (uj) (uk) (ul) (um) (un) (uo) (up) (uq) (ur) (us) (ut) (uu) (uv) (uw) (ux) (uy) (uz) (va) (vb) (vc) (vd) (ve) (vf) (vg) (vh) (vi) (vj) (vk) (vl) (vm) (vn) (vo) (vp) (vq) (vr) (vs) (vt) (vu) (vv) (vw) (vx) (vy) (vz) (wa) (wb) (wc) (wd) (we) (wf) (wg) (wh) (wi) (wj) (wk) (wl) (wm) (wn) (wo) (wp) (wq) (wr) (ws) (wt) (wu) (wv) (ww) (wx) (wy) (wz) (xa) (xb) (xc) (xd) (xe) (xf) (xg) (xh) (xi) (xj) (xk) (xl) (xm) (xn) (xo) (xp) (xq) (xr) (xs) (xt) (xu) (xv) (xw) (xx) (xy) (xz) (ya) (yb) (yc) (yd) (ye) (yf) (yg) (yh) (yi) (yj) (yk) (yl) (ym) (yn) (yo) (yp) (yq) (yr) (ys) (yt) (yu) (yv) (yw) (yx) (yz) (za) (zb) (zc) (zd) (ze) (zf) (zg) (zh) (zi) (zj) (zk) (zl) (zm) (zn) (zo) (zp) (zq) (zr) (zs) (zt) (zu) (zv) (zw) (zx) (zy) (zz)



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/IGNEMBO>



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@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 79/996066460

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 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 nascituro (vivo/nascido)? 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
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 _____
TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, ITABAIANA - PERNAMBUCO 20 DE NOVEMBRO DE 2019
Maria Rosa de Jesus Nascimento
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA Loterias CA

CAIXA Loterias

316-400414238-4

12/NOV/2019

HORA DF 12:58:09

LOT. 22.004568-2
LOCALIDADE: ITABAIANA
AG. VINCULADA: 0561

TERM 011156

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0561.00140217-2

NOME: MARIA ROSA DE J NASCIMENT

poupança

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

AUTÊNTICAÇÃO

Autenticado e presente cópia reprográfica conforme o original e mim apresentados, no dia 04/07/19

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

Em testemunho da verdade
Ygor Nicolais Oliveira Freire (Escriturário Autorizado)

Valor Total: R\$ 3,44
São TJBE: 20192968014810. Acesso: <https://www.tjse.jus.br/tribuna>

Ygor Nicolais Oliveira Freire
Escriturário Autorizado



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

MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
RUA BODIO DOS SANTOS, 30 / CASA - MUTAÇÃO
ITABAIANA / SE CEP: 49600003 (AG: 33)



Ligação MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 2 - 30 - 100 - 664 Referência: Nov / 2019
Medidor: E5011729226 Emissão: 05/11/2019

ENERGISA SERGIPE DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Manoelino Gales, 81 - Itapoanópolis
Aracaju/SE - CEP 49040-100
CNPJ 12.917.602/0001-43 Fone: Est. 371-749-408
Nas Fecais: Conta de Energia Elétrica Nº 019-298-205
Cód. para Dist. Automática: 00068732788

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RARF
Nov / 2019	05/11/2019	05/12/2019	009.215.099-30 rec. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/879279-8

Canal de contato

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.426, de 28 de abril de 2002.
Confira a Guia, nossa abreviatura virtual do WhatsApp?
Se você não quiser com informações, envie e-mail para: energia@energisa.com.br
ou envie a segunda via da conta de energia e não sofrer penalidade de suspensão.
Salve nosso número e nos chame sempre que precisar.
79 99401-0715

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
07/10/19	5709	05/11/19	5795	28

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Coef. Adj.	Consumo	Tarifa	Valor	Coef. Adj.	Valor
Tributos		Total	ICMS	ICMS	ICMS	Total	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS
0001	Consumo até 20 kWh/BR	30,000	0,187110	5,61	0,05	0	0,00	5,61	0,05	0,28
0001	Adic. B. Alvaris			0,12	0,00	0	0,00	0,12	0,00	0,00
0001	Adic. B. Vermeda			0,07	0,00	0	0,00	0,07	0,00	0,00
0810	Subsídio			17,81	0,00	0	0,00	17,81	0,11	0,40
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0999	CREDITO A COMPENSAR 11/2019			-8,39	0,00	0	0,00	9,00	0,00	0,00
0999	Devolução Subsídio			-10,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: -0,00 0,00 0,00 16,81 0,15 0,74
Tabela de Tributos Afetados: 0,170253

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
89	12/11/2019	R\$ 0,00

Histórico de Consumo (kWh)											
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO
b571.b09b.56ac.0a01.f0b5.4256.f7bb.8c86.

Indicadores de Qualidade				Situação ITABAIANA		Contribuição de Consumo		
	Limites da ANEEL	Apuração	Limite de Tensão (V)			Valor (R\$)	%	
DIMENSIONAL	5,43	0,00	NORMAL	127	Serviço de Dist. de Energia Elétrica	0,00	100,00	Valor de Consumo
DISTRIBUIDOR	10,86							
ANUAL	31,73		CONTRATADA	117	Serviço de Transmissão	0,00	100,00	Valor de Consumo
SEMESTRAL	3,30	0,00						
TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR	133	Energia Sotizada	0,00	100,00	Valor de Consumo
ANUAL	13,45							
DIÁRIO	3,11	0,00	LIMITE SUPERIOR	133	Impostos Diretos e Energia	0,00	100,00	Valor de Consumo
DIÁRIO	12,22							
Total						0,28	100,00	

Valor de EUC (Ref. 8/2019): R\$2,72

<p>ATENÇÃO</p> <p>- Sua unidade foi fabricada como Baixa Renda, sendo um desconto de 25% na tarifa. Atenção: A responsabilidade pela faturação pública é da prefeitura do município. - Pagamento próximo da fase - Art. 57 da Res. 414 - ANEEL.</p>	<p>Pagamentos em atraso</p>
--	------------------------------------

FATURA COM VALOR ZERO. NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR.
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 0,00 será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.
Caso queira receber esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA.

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

Torre retornar pós-operatório

(11).574

27/06/19

Dr. Paulo Solatti
Ortopedia
CRM-4651 TEOD-12308

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 TJSE: 201929668014611. Acesso
<https://www.tjas.jus.br/x/7GUEXB>







FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: Maria Fosse de Jesus Macedo

#Reletores machos

Para a tuberculose a tratar
urgente do furore do peso devida

em maio de 2019

Evitar-se e reperfusão

10/10/19

(17).572

10/10/19

Dr. Paulo Salotti
Ortopedia
CRM-4451/TEOT-1289

Av. Desembargador Maynard, nº 174 – tel.: 2106-7312
CEP – 49055-210 – Aracaju – SE

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIRÓPOLIS/SE
AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia xerográfica conforme a original apresentada, do que dou fé

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escritor Autorizado

Ribeirópolis, 21 de novembro de 2019 10:50:43

Em testemunho _____ da verdade
Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escritor Autorizado)
Valor Total R\$ 3,44
São TJSE: 2019295880146-2, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x/CPA322>



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Maíra 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 a presente cópia reprográfica conforme a original apresentada, ao 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
<https://www.tjse.jus.br/tjseHPXP3>



EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

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

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

ARACAJU, 6 de agosto de 2019

Juliana

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

DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DOE: 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 DOC....: 1276082
 ENDereco : RUA EGIDIO DOS SANTOS SEXO...: FEMININO
 COMPLEMENTO : BAIRO: NUMERO: 50
 MUNICIPIO : ITABAIANA UF: SE CEP....: 49500-00
 NOME PAI/MAE : JOSE BISPO DO NASCIMENTO /ROSA JOSEFA DE JESUS
 RESPONSAVEL : ANTONIO-ESPOSO/SAMU TEL....: 79-9963
 PROCEDENCIA : ITABAIANA 429
 ATENDIMENTO : VITIMA DE ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA: 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:

paciente com atropelamento por carro. Trauma no tórax SID por tórax. Perda de consciência por alguns minutos. Nódulos de tórax, presença de fratura de costelas e de mãos. Pulso e em ritmo sinusal.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *SSUV: PA 130 x 80 mmHg - SatO2: 98% - FR: 24 rpm.*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Sinais vitais dentro da normalidade

2) Ao pé de atropelamento

3) Torax 100mg + 100mg 12/05/19 JV

Dr. Ricardo R. de Oliveira
 Cirurgião Geral
 CRM 4257

SAÍDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

HORA DA SAÍDA:

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

Paca Oatobara - Fratura Fechada Fêmur

Est. J. Inf. ...

Dr. Mário Costa Vieira Filho
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 4257

EXAME: ELETROCARDIOGRAMA
 EXAMES(S) REALIZADO(S)
 DATA: 13/05/2019
 HORA: 09:45
 TECNICO: *Kout*

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Id. Definitivo...: 188696
Numero do CNS...: 0000000000000000
Nome...: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
Documento...: 1276088 Tipo :
Data de Nascimento: 30/12/1974 Idade: 44 anos
Sexo...: FEMININO
Responsavel...: JOSE BISPO DO NASCIMENTO
Nome da Mae...: ROSA JOSEFA DE JESUS
Endereco...: RUA EGIDIO DOS SANTOS 50
Bairro...: Cep.: 49500-000
Telefone...: 79-99655-9429
Município...: 2802908 - - SE
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade...: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1908542
Clinica...: 035 - UPC - FEM. POS CIRURGICA
Leito...: 035.0002
Data da Internacao: 13/05/2019
Hora da Internacao: 01:42
Medico Solicitante: 037.948.096-45 - SERGIO PEDROSO JUNIOR
Mot. Solicitado: NAO INFORMADO
Mot. Justificac...: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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



GOVERNO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE

Exames (D) (diagnóstico)



PRONTO SOCORRO ADULTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUSE

Nome: Paulo Roberto de Jesus Idade: 41 Data: 12/05

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
		Dado oral 1/12	(SND)
		500,91. 500ML (E) 1/12	500 500 500
		Alprazolam 2mg + 1ml 1/12 (E) 1/12	20 20 20
		Propranolol 100mg + 120 ml 1/12 (E) 1/12	100 120 100
		Tramadol 100mg + 100ml 500ml (E) 1/12	100 100 500
		Paracetamol 1000mg + 100ml 1/12 (E) 1/12	1000 100 1000
		Cloxacina 400mg (E) 1/12	400 1/12
		Amoxicilina 700mg (E) 6h de manhã	700 6h
		Selênio 100mcg	100mcg
		SSW + CR 66 6/66	6/66

(Handwritten signature)
Médico de Plantão
Hospital de Saúde

Receita Automática
LUCAS DE ALMEIDA
12/05/2011



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE -- HUSE
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

MAGNÓSTICOS: FRATURA DIAFISE DE FEMUR D

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Até 24/05/19 com
 não muito dor
 Cd: 12/05/19*

	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	Profenid, 01 ampola IV + 100ml SF0,9%, 12h/12h	02 14
7	Clonazepam 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 4728

13/05/2019

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

AV. TREZE DE JUNHO, 695

ORDEM DE SERVICO - S E M E D I

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

PROCOLO: 1437448 / 1-S E M E D I
 CLIENTE...: 221944 - MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
 S
 CPF.....: 009.215.085-30
 FONE.....: 99655-9429
 PROFISSAO: GARI
 CONVENIO.: 90 - AMB - ITABAIANA
 REQUISIT.: 4451 - PAULO M DE C SALOTTI

DATA.....: 27/09/2019 As: 9:47
 SEXO.....: Feminino POR: 28-TAMIREZ
 RG.....: 1.276.088
 IDADE....: 44 anos (30/12/1974)
 GRUPO....: Raio - X
 HR COLETA: _____ : _____
 COLETADOR: _____

pele molhada

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		<i>CPF 49503.438</i>		

TOTAL DO PROCOLO ----> 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 FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

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

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social	SEMEDI SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM MÉTODOS DIAGNÓSTICOS LTDA -EPP				
Nome Fantasia	SEMEDI SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM MÉTODOS DIAGNÓSTICOS LTDA				
CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Simples Nacional	Incentivador Cultural	Fone/Fax
00.057.071/0001-20	1879	ISENTO	Não	Não	(79) 3421-5000
Endereço	AV. 13 DE JUNHO, 695, SERRANO - CEP: 49500-000 - Itabaiana - SE				
Email	semedi@infonet.com.br				

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social	MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO				
CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Fone/Fax	E-mail	
009.215.085-30					
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\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALORES

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Substitui nota 20190000002278 de 01/10/2019

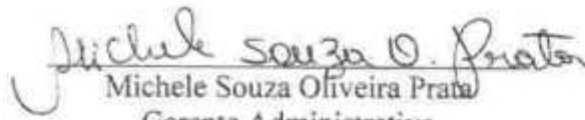
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Itabaiana, 23 de Agosto de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que consta em nosso arquivo eletrônico que a Srª. 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 : 190136126980000 Doc med resp : 206790614650009 Doc diretor clínico : 206790614650009 Doc médico solíc : 980018294820869
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 EGIDIO DOS SANTOS 50 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município : 280290 - ITABAIANA UF : SE CEP : 46500-000 Telefone : (79)9985-59429 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

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Óbito :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 13 / 05 / 2019 Data saída : 24 / 05 / 2019 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 :

AIH Anterior :

AIH Posterior :

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador :

CNAER : -

Vinculo Previdência :

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBQ	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Comp	Descrição
2	0408050519	980018276586264	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	980018287944507	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
Total Geral:	877,59	296,13		74,34	185,07		1.433,13

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO



Página nº 1

ANOTAÇÕES DE ~~ENFERMAGEM~~

MULTI-PROFISSIONAL

Nome do Paciente: Maria Rosa de Jesus Nascimento

Idade: _____ Sexo: _____ U.P.: _____ Matrícula: _____

12/10/2018 # Ortopedia
Fratura fechada tíbia (D) da articulação com
Nega Ressonância Magnética
C/te. Exame radiológico

Dr. Márcio Costa Vieira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25777/2007

ECG de Repouso

Exame: 3956

Nome: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO HUSE 13. 05. 2019

FC 84 bpm

DI 10

Reg.Clin.:ORTOPE

HUSE 13. 05. 2019

Filtros: 60Hz Muscular

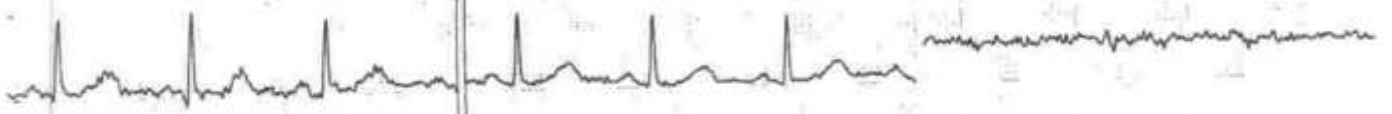
Data: 13/05/2019

Nasc.:30/12/1974

Vel.:25 mm/s

DII 10

DIII 10



aVR 10

aVL 10

aVF 10



V1 10

V2 10

V3 10



V4 10

V5 10

V6 10



DII 10



(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° 1076088, 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:

[Assinatura]
Juliana O. Rodrigues Santos
COREN-SE 319.974 ENF.

Atendimento	1092656	Convênio	Sus Interno
Nome	MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO	Med.Sol:	Paulo MÁrcio De Carvalho Salotti
Tp.Atend	Internamento	Bairro:	
Endereço	RUA EGIDIO DOS SANTOS	Telefone:	96559429
Cidade		Idade:	44 anos
Sexo:	Feminino		
Leito	MED GER. C05-Ortopedia II		

CREATININA

Data Coleta:19/05/2019 13:17

Material:Soro
Metodo:Cinético

RESULTADO

0,57 mg/dl

ReferênciaH: 0,9 - 1,3 mg/dl
M: 0,6 - 1,1 mg/dl**GLICEMIA**

Data Coleta:19/05/2019 13:17

Material: Sangue Capilar
Metodo: Glicosímetro

Resultado

80 mg/dl

Referência

60 a 99 mg/dl.

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0778Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Rafaelton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

Atendimento	1092658	Convênio	Sus Interno
Nome	MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO	Med.Sol:	Paulo MÁrcio De Carvalho Salotti
Tp.Atend	Internamento	Bairro:	
Endereço	RUA EGIDIO DOS SANTOS	Telefone:	96559429
Cidade		Idade:	44 anos
Sexo:	Feminino		
Leito	MED GER. C05-Ortopedia II		

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta:19/05/2019 13:17

Material:Plasma Citratado
Metodo:Coagulométrico**Tempo de Tromboplastina (TTPA)****37,0 Segundos****Referência**
30 a 40 seg.Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0946Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Ralfon Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

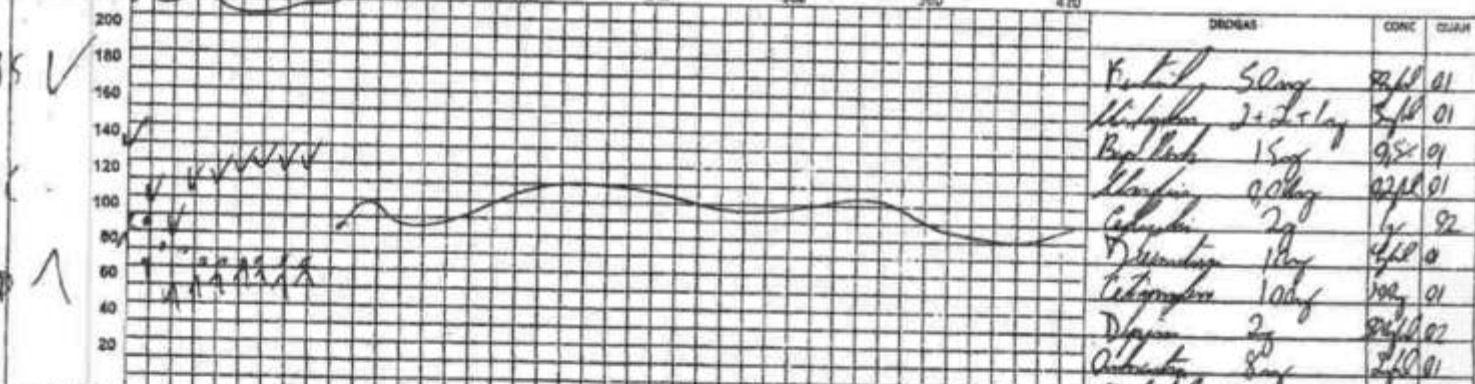
DATA: 22/05/19

PACIENTE: Maria Rosa de Jesus Nascimento MATRICULA: 1092656 CONVÊNIO: SUS
 IDADE: 44 SEXO: F COR: ENF: ORT II QUARTO: LEITO: 205 APTO:
 CIRURGIÃO: Paulo Salati ANESTESISTA: Marcelle e Danilo (CRK)
 1º AUXILIAR: Vivian 2º AUXILIAR: Lucia
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura distal da fêmur D.
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:
 CIRURGIA PROPOSTA: Torniquete Cirurgia da fratura 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



MONITOR ECG OXÍMETRO PULSO CAPNÓGRATO PAM NÃO INVASIVA VENTILADOR

FLUÍDO: Ringer Serum PR500



DRUGAS	CONC	QUANT
Ketalar	50mg	20ml 01
Morphina	2+2ml	2ml 01
Propofol	15mg	95ml 01
Aluprin	9,0mg	22ml 01
Colicina	2g	1g 92
Dexametona	18mg	4ml 01
Petromax	100g	100g 01
Dipiron	2g	20ml 02
Arbutina	8mg	2ml 01
Epifedril	2+2	16ml 01

ANOTAÇÕES:
 1. Sedação + Respiratória
 2. Colina 2g
 3. Dipiron 2g
 4. Arbutina 8mg
 5. Epifedril 2+2
 6. Propofol 15mg
 7. Aluprin 9,0mg
 8. Ketalar 50mg
 9. Morphina 2+2ml
 10. Dexametona 18mg
 11. Petromax 100g
 12. Ringer
 13. Serum
 14. PR500

AGENTES ANESTÉSICOS:
 TÉCNICA: Sedação + Respiratória
 INDUÇÃO: VENOSA POSIÇÃO: SENTADO LOCAL PUNÇÃO: 24-25 LÍQUIDO RETIRADO: Vinguet
 TÉCNICA: RAQUÍ POSIÇÃO APÓS: 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, Neq. Alguis, Tgsm OK, ASAT,

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

Lot: 2
Aut: 1

E: 21 (05) 19
V: 28

Lot: 230
Aut: III

~~W/ST. 6. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.~~

Triform 21/5 A 28/5/19
Y-298 H 4
Aut: 207008

Volume 26 7 68

Lot: 287 Aut: 03
EX. Medio Pente 33 Pcs
E-21 (05) 19
V-28 (05) 19
Ginloch (488555)

Triform 7 277
Aut: 20 27
20 27 / 5 / 19

2 Samples
3 copies
Aut: 1



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME:	Maria Rosa de Jesus Nascimento
NUMERO DE INTERNAMENTO:	109.2656
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:	Correção cirurgica de diáfise da femur
CIRURGIÃO:	Dr Paulo Salloti
ENFERMEIRO:	Jordana Lemos
CIRCULANTE DE SALA:	Roberta
ANESTESIOLOGISTA:	Dr. Marcella Bonito
INSTRUMENTADOR:	Marcelo
DATA:	22/05/2019
SALA CIRÚRGICA:	06

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES _____

LOTES _____



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

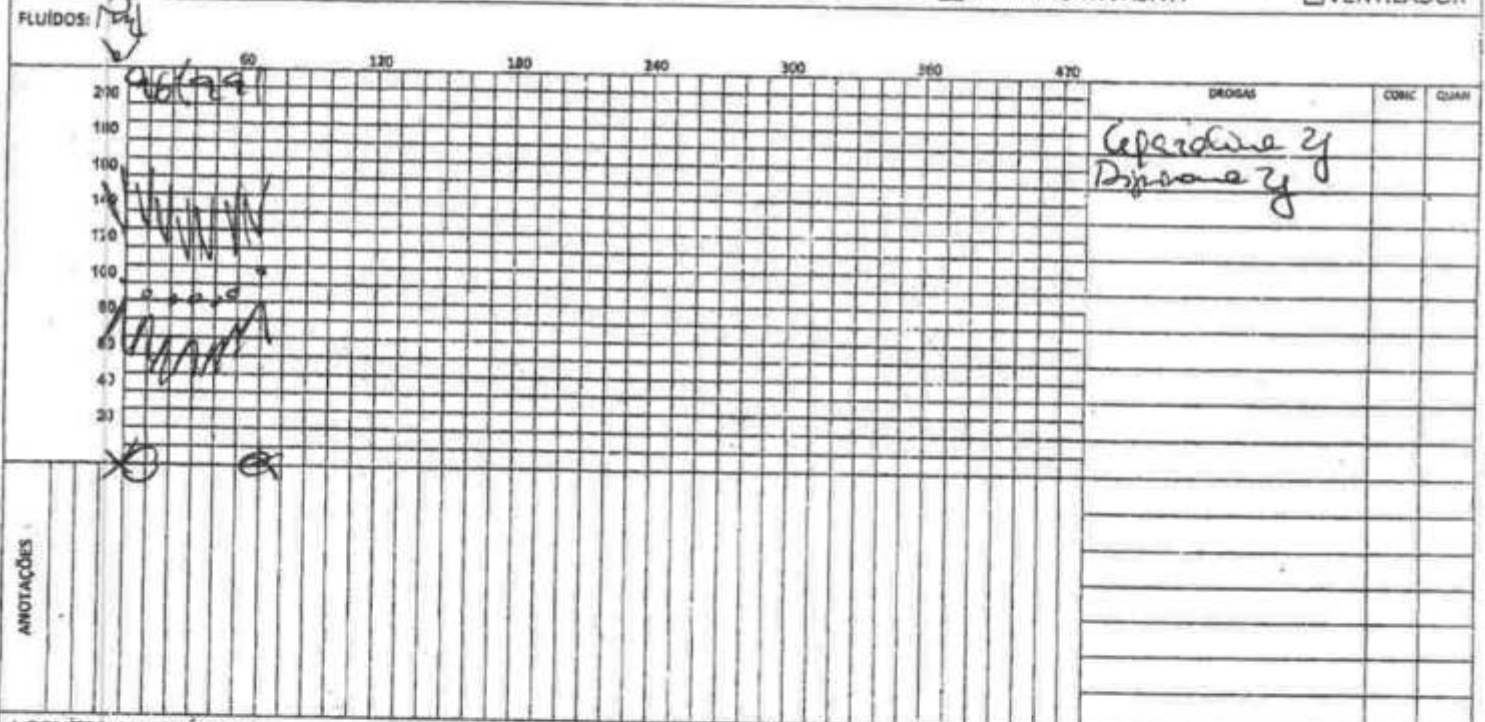
Obs.: permanecer junto ao prontuário

DATA: 16/05/2019

PACIENTE: Maria Rose de Jesus Vasconcelos			MATRICULA: 1092656			CONVÊNIO: SUS		
IDADE:	SEXO: F	COR: p	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:		
CIRURGIÃO: Dr Luciano Paves.				ANESTESISTA: Dra. Andreia P. Augusto				
2º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:				
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura lateral D.								
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mano.								
CIRURGIA PROPOSTA: Tressão hemisquelética								
CIRURGIA REALIZADA: A mesma						CÓDIGO CIRURGICO		
PRÉ-MEDICAÇÃO: Lidocaina 2mg						HORA:		RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
INÍCIO DA ANESTESIA 11:45		INÍCIO DA OPERAÇÃO 12:15		ALT DA ANESTESIA		RISCO OPERATÓRIO 1-2-3-4		ESTADO FÍSICO 1-2-3-4-5-6-7

30 min. ~~antes~~

MONITOR ECG
 OXÍMETRO PULSO
 CAPNÓGRATO
 SPAM NÃO INVASIVA
 VENTILADOR



AGENTES ANESTÉSICOS: Propofol 100mg + fentanyl 100µg

TÉCNICA: A. Gued EV. Pte em ventilação mistida sob máscara Level 1

INDUÇÃO: EV. POSIÇÃO: *pr* LOCAL PUNÇÃO: _____ LÍQUIDO RETIRADO: *02100ml*

TÉCNICA: Gued EV. POSIÇÃO APOS: *pr* POSIÇÃO OPERATÓRIA: _____ RESULTADO B.B.M.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 30 CONSCIÊNCIA: *Sadelta, acordado ao chamado, Gued, nível 1*

PÓS-OPERATÓRIO: UTI SRPA DESTINO DA SRPA: LEITO ALTA HOSPITALAR CONDIÇÕES: *moderada, nível 1*

OBSERVAÇÕES: *Paciente orientado de Sep - 2019. Use pedágoes, uso de medicação, atende bem no - 80 de*

ASSINATURA DO ANESTESISTA: *Andreia P. Augusto*
 CRM 5819



HOSPITAL DE CLÍNICA DR. AUGUSTO LEITE
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

Luciano Passos de Jesus Nascimento

IBADE:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

EQUIPAMENTOS

B. E. / BIPOLAR

SERRA ELÉTRICA

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

TRÉPANO ELÉTRICO

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

fratura de fêmur em dubito
descrit
A seguir, descreveremos o caso que
se trata de fratura fechada de fêmur
do tipo fechado.
Cirurgia de fratura fechada.

10/25/2019
DATA
MOD. 042-HCAL

Luciano Passos de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRMSE 866
ASSINATURA DO CIRURGIÃO



R. Criador Joaquim Mauricio Cardoso Filho, 747, Coroa do Meio
 Cep: 49035-750 Aracaju/Se
 Telefone: (79) 3022 - 2562 / Cnpj: 06.886.138/0001-27
 E-mail: comercial@medcomcrs.com.br

PEDIDO

Nº 0170

PITAL: *Unidade* C.M.C. DT EMISSÃO: *11/05/19*
 PACIENTE: *Maria Rosa de Jesus* MAT. *1092656* SENHA/GUIA:
 ENDEREÇOS SLS: *Av. ...* INSTRUMENTADOR:
 CIRURGIÃO: *Dr. ...*

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS UTILIZADOS

Q. MATERIAL	FABRICANTE	QUANT.	DESC. DOS PRODUTOS	P. UNIT.	TOTAL
		<i>03</i>	<i>Jo Steinman</i>		
<p>COL. IMPLANTES LTDA Nome Comercial: Frio Steinman 4.5x300 Codige: 4001300458 Lote: 04479/18 ANVISA: 1023680050</p>					
<p><i>Luclano Passos de Sousa</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-SE 866</p>					
TOTAL GERAL					

USADO EM: ORTOPEDIA, BUCO MAXILO, NEUROCIRURGIA, UROLOGIA, CIRURGIA VASCULAR E MATERIAIS HOSPITALARES

FERRAPE 79-3259.1012

e 5 campas
c 3 capetas, o bntag

e 15 10914
v 27 10914

207: 217
107: 3



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

Tubo Orotraqueal	Traqueostomia	Sonda Gástrica	Sonda Enteral
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: ___/___/___
Sonda Vesical de Demora	Catéter Venoso Periférico	Catéter Venoso Central	
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: ___/___/___

D- CONTROLES / ÚLTIMAS 24 HORAS

Horários		Horários		Horários		Horários									
08 00	11 12	14 15	17 18	20 21	23 24	02 03	05 06	08 00	11 12	14 15	17 18	20 21	23 24	02 03	05 06
Frequência Cardíaca				Frequência Respiratória				Pressão Arterial				Temperatura			
200							200	38							38
190							190	36							36
180							180	34							34
170							170	32							32
160							160	30							30
150							150	28							28
140							140	26							26
130							130	24							24
120							120	22							22
110							110	20							20
100							100	18							18
90							90	16							16
80							80	14							14
70							70	12							12
60							60	10							10
50							50	08							08
40							40	06							06
30							30	42,0							42,0
20							20	41,5							41,5
340							340	41,0							41,0
320							320	40,5							40,5
300							300	40,0							40,0
280							280	39,5							39,5
260							260	39,0							39,0
240							240	38,5							38,5
220							220	38,0							38,0
200							200	37,5							37,5
180							180	37,0							37,0
160							160	36,5							36,5
140							140	36,0							36,0
120							120	35,5							35,5
100							100	35,0							35,0
80							80	34,5							34,5
60							60	34,0							34,0
40							40								
20							20								

Glucemia

NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero: ___ horas

INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

EVACUAÇÃO: Sólida: ___ vezes Pastosa: ___ vezes Líquida: ___ vezes Zero: ___ dias

DIURESE: Ausente: ___ horas Presente: ___ vezes

BALANÇO HÍDRICO: Positivo Negativo Normal

DROGAS EM USO:

Antibióticos (dias): ~~___~~

Vasotivas (µg/kg/h): ~~___~~

Sedação (µg/kg/h): ~~___~~

Carimbo e Assinatura: *Magaly Reis da Silva*
 COREN/SE 379.405 - ENF

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de Dados

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento
 IDADE: 44 LETO: C5 REGISTRO: 10928686
 DATA: 13/05/19 HORA: 16:00
 SEXO: MASCULINO FEMININO DIH: 13/05/19

ÓSTICOS MÉDICOS:

Fract. de femur

ESPECÍFICO:

INDICADORES DE GRAVIDADE

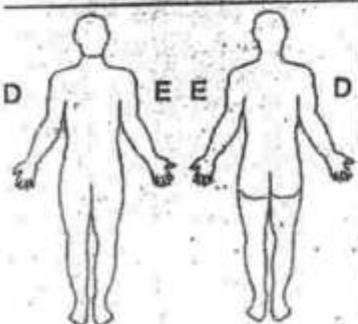
ÁREA: Normal Tubo endotraqueal Traqueostomia VENTILAÇÃO: Espontânea Ventilação Mecânica Aporte de oxigênio
 PA bpm FR: 16 lpm PANI: mmHg Temperatura: 36,2°C Sat. de O₂: 99 % PAM: 120x40 mmHg
 mmHg PIC: PIA:
 G de Coma de Glasgow: [MRO: + MRV: + MRM:] Escala de RASS: Escala de Dor (0-10): 6

HISTÓRICO DE QUEDAS		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO		Pontos:
lão	0	Não	0	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional da Saúde	0	Risco: baixo: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: 45 a 48
lpm	15	Sim	15	Muletas, Bengala ou Andador	15	
				Mobilidade Paralela		30
DISPOSITIVO ENDOVENOSO		MARCHA		ESTADO MENTAL		Pontos:
lão	0	Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas	0	Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação	0	Risco: baixo: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: 45 a 48
lpm	20	Fraca	10	Superstima capacidade ou Esquece limitações	15	
		Comprometida ou Desbalanceada				20
PERCEPÇÃO SENSORIAL		UMIDADE		ATIVIDADE		Pontos:
Completamente limitada	1	Constantemente Úmida	1	Acamado	1	Risco: baixo: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: 45 a 48
Muito limitada	2	Frequentemente Úmida	2	Restrito à cadeira	2	
Parcialmente limitada	3	Ocasionalmente Úmida	3	Caminha ocasionalmente	3	
Nenhuma alteração	4	Raramente Úmida	4	Caminha frequentemente	4	
MOBILIDADE		NUTRIÇÃO		FRICÇÃO E CISALHAMENTO		Pontos:
Completamente imobilizado	1	Muito pobre	1	Problema	1	Risco: baixo: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: 45 a 48
Muito limitado	2	Inadequada	2	Problema Potencial	2	
Parcialmente limitado	3	Adequada	3	Nenhum problema aparente	3	
Nenhuma limitação	4	Excelente	4		4	

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		Data	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>						

Magaly Reis da Silva
CORENSE - 379.415 - ENF

Magaly Reis da Silva
CORENSE - 379.415 - ENF

Magaly Reis da Silva
CORENSE - 379.415 - ENF

MAGALY REIS DA SILVA
CORENSE - 379.415 - ENF

ENF. 2 REF.

ENF. 4 REF.

ENF. 5 REF.

NA: NÃO APLICÁVEL

Nome: Maria Kora De Jesus Nascimento
 IDADE: 44 LEITO: C5 REGISTRO: 6092656 UNIDADE: Ortopedia II

Assinatura e Identificação: Téc. de Enfermagem, Mônica SF 541103

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 10-URINESE: Ausente: horas Presente: vezes

Alterações nas fezes:
 Dor Ardor Dificuldade Alterações na urina:

13:00 Paciente vem para o leito em uso de AUP.
 08:00 Afirmação S.U.V., em uso de AUP.
 11:35 Afirmação S.U.V.
 12:30 Operar o dente
 12:30 Paciente queixou-se de algia, entulhada. Ingestão 100mg.

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 10-URINESE: Ausente: horas Presente: vezes

Alterações nas fezes:
 Dor Ardor Dificuldade Alterações na urina:

13:00 Paciente vem para o leito em decubito dorsal em uso de soro para
 14:00 A perfusão S.U.V.
 15:30 Afirmação. Lanche oferecido
 16:00 Adm. Keolim de 20mg
 17:00 Adm. dipiridamo de 150mg
 18:00 Adm. Probenidol de 300mg
 Segue mantendo quadro

Assinatura e Identificação: Téc. de Enfermagem, Mônica SF 541103

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento
 UNIDADE: Ortopedia B
 IDADE: 44 LETO: 05
 REGISTRO: 108656

DATA: 05/2018 07:00 h a 13:00 h

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso

2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Imobilizado

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacefivel

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

9-EVAUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

10-DUREZA: Ausente: horas Presente: vezes

Alterações nas fezes: _____ vezes

Alterações na urina: _____ vezes

03 Paciente com evolução satisfatória, medicação adequada, sinais vitais estáveis, cuidados com feridas em andamento, em uso de AUF e curativo.

08:00 Medicação: SIVU, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

09:00 Administração de medicação, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

10:00 Cuidados com feridas, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

11:00 Administração de medicação, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

12:00 Administração de medicação, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

DATA: 05/2018 13:00 h a 19:00 h

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso

2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Imobilizado

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacefivel

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

9-EVAUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

10-DUREZA: Ausente: horas Presente: vezes

Alterações nas fezes: _____ vezes

Alterações na urina: _____ vezes

13:00 Paciente em repouso, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

14:00 Paciente em repouso, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

15:30 Paciente em repouso, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

16:00 Paciente em repouso, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

17:00 Paciente em repouso, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

18:00 Paciente em repouso, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

19:00 Paciente em repouso, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento, medicação adequada, cuidados com feridas em andamento.

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento
 IDADE: 44 LEITO: C5 REGISTRO: 1092656 UNIDADE: Ortopedia II

DATA: 18/05/2013

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina: _____

07:00 às 08:00 h
 O7 Paciente acordou-se no leito, em uso de AUP enfundido e isotermia.

08:00 Aférisis
 09:00 Realizada lavagem no leito + esteleira do leito, visitado pelo enfermeiro e equipe de limpeza de enfermagem com 2 profissões
 10:00 Operar almoço, embebido preferencial Urogel.
 11:00 Administração deprimona 1comp N.
 12:00 Administração Keftem 1g IV.

Assinatura e Identificação
 Dayane Santos Bezerra
 Téc. Enfermagem
 CRP Nº 564103

DATA: 18/05/2013

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina: _____

13:00 às 15:00 h
 13:00 Secção de frangos.
 14:00 Aférisis SSVU, realizada pelo enfermeiro 10ml Uro
 15:00 Operar almoço, renovado AUP em NSA com G 20
 17:00 Administração deprimona 1comp N.
 18:00 Administração Keftem 1g IV, renovado isotermia.

Assinatura e Identificação
 Dayane Santos Bezerra
 Téc. Enfermagem

DATA: 16/05/2008

16:00 às 07:00 h

4-CONSCRIÇÃO: Verbal Escrito

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

9-IVACUÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

10-DUREZA: Ausente: _____ vezes Presente: _____ vezes

Dor Ardor Dificuldade

Alterações na urina: _____

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Incompreensivo

6-TESTÃO POR PRESSÃO: Sim Não

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Imobilizado

2-CUMPRIMENTO: Desacompanhado Familiar Profissional

1-RECURSOS: Cadeira Uberso Escada

19:00 no Sítio em OD, em PEI, o paciente, com Tensão arterial, controle de volume, respirando em ambiente, com uso de: AVE em anti-
 pressão D com Anetotopina, ganho de 2,5kg em 10 dias. ETS 12, 10ml.
 00:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 01:00 segue no Sítio, queixa-na de dor. Admitido de 100mg + 10ml 5F 0,01. 505, conforme. Kasmir, Hospital de Curitiba.
 02:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 03:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 04:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 05:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 06:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 07:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 08:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 09:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 10:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 11:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 12:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 13:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 14:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 15:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 16:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 17:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 18:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 19:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 20:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 21:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 22:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 23:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 24:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 25:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 26:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 27:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 28:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 29:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.
 30:00 Verificando 55V, mem. 50%, neuromuscular, reflexos, pupila. ETS 12, 10ml.

HORARIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura						36						
Pressão Arterial						120x80						
F. Cardíaca						89						
F. Respiratória						17						

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofarínge (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3...ene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4...ho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeceira																								

Assinatura e identificação
Kasmir, Hospital de Curitiba
0005957

Kasmir, Hospital de Curitiba
Enfermeira
COREN-GE 504738

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento
 IDADE: 44 LEITO: e-05 REGISTRO: 1092656 UNIDADE: 01011

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: _____
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina: _____

DATA: 07-00 às 19-00 h

Assinatura e identificação

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: _____
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina: _____

DATA: 16-05-2019

13:30 Paciente retorna do ee após de moça calma em uso de monitorização, troço
 fralda n
 14:00 Paciente se queixando de alergia, adm. tramal de horário n
 15:30 A leitou lanche oferecido n
 17:00 em repouso no leito n
 18:00 adm. Keplim e dipirona de horário, acetou fontor oferecido, realizado troço n
 fralda n
 segue montemodo quadro n

Assinatura e identificação

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Luciana Rosa de Jesus Nascimento
IDADE: 44 LEITO: C05 REGISTRO: 1092656 UNIDADE: OT 9 I C 05

DATA: 07:00 às 13:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero _____ vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero _____ vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

Assinatura e identificação

DATA: 13:00 às 19:00 h	1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero _____ vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero _____ vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

Assinatura e identificação

NOME COMPLETO: Maria Rosa de Jesus UNIDADE: 05055 DATA: 21/05/19
D.N.: 30/12/74 MATRÍCULA: 13092656 ADMISSÃO: 13/05/2019

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <u>oral (chamé laxativo) 2x por dia</u>						
2. HIDRATAÇÃO: <u>500 ml 1000 ml 2x por dia</u>	<u>500</u>				<u>500</u>	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>18</u>		<u>18</u>	<u>Kaline</u>	<u>24</u> <u>06</u>	
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H	<u>17</u>		<u>17</u>	<u>Kaline</u>	<u>23</u> <u>05</u>	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H	<u>10</u>				<u>22</u>	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SOS</u>	<u>08</u>		<u>16</u>		<u>24</u>	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<u>09</u>				<u>06</u>	
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)			<u>14</u>		<u>22</u> <u>06</u>	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>						
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL <u>SOS</u>	<u>SOS</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	<u>SOS</u>					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	<u>FISIO</u>					
15. SONTA VESICAL DE ALVIO. <u>SOS</u>	<u>SOS</u>					
16. CCGS+SSV 6/6H.	<u>08</u>		<u>14</u>	<u>Kaline</u>	<u>20</u> <u>06</u>	
17. <u>Orto mineral 10 ml 03/06h</u>			<u>15</u>	<u>Kaline</u>	<u>23</u> <u>06</u>	
18. <u>Dactulona 40 ml VO 12/12h</u>	<u>08</u>				<u>06</u>	
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Dheyzom J. Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 5461

Josina P. Rodrigues Santos
CORENISE - 31094 - ENF
10-105

Luiz Manoel F. Santos
Téc. Enfermagem
CORENISE - 31094 - ENF

Magaly Reis da Silva
CORENISE - 379.405 - ENF

Cristina de Siqueira
Farmácia
CORENISE - 50251

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	FR (IRpm)
08				
14				
20				
06				

NOME COMPLETO: Maria Rosa de Jesus UNIDADE: Outo 2 DATA: 17/05/19
D.N.: 30/12/1974 MATRÍCULA: 1092656 ADMISSÃO: 13/05/2019

1. DIETA:	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
2. HIDRATAÇÃO: <u>oral livre litratpa 3000 ml EV p/ 24h</u>						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12		500	Kaline	500	[Signature]
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H	11		18	Kaline	25 06	[Signature]
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	10		17	Kaline	23 05	[Signature]
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SOS</u>	08		16		22 04	[Signature]
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	09					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					06	[Signature]
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>			14		22 06	
10. GLUCEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	SOS					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	FISIO					
15. Sonda vesical de alvio. SOS	SOS					
16. CCGG 4SSV 6/6H.	08		18	Kaline	20 06	
17. <u>sol mineral 10 ml 3x/dia</u>			15	Kaline	23 07	
18. <u>putubona 40ml 12/12h</u>	No				24	

DIRETORIA DE MEDICINA
MÉDICO
CRM/SP 5561

Jaina Q. P. Rodrigues Santos
COREN-SP 17074 ENF.
12:208

Magaly Reis da Silva
COREN-SP 17162

Magaly Reis da Silva
COREN-SP - 379.405 - ENF

Criz...
Jaina de Siqueira
ferreira
ENF 53251

HORARIO	PA (mmHg)	GLUCEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (IRpm)
08					
11					
14					
18					

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

e5

NOME: Jonas Roberto de Jesus IDADE: _____ SEXO: F () M () MATRÍCULA: _____ UND: Dato 2
DATA: 4/10/19 DATA INTERNAMENTO: / / DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / / (Dr. _____)

1. DIETA	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
<u>onul liare</u>						
2. GELCO HIDROLISADO. <u>500g 1000 ml ev p/24h</u>			<u>500</u>	<u>Kalme</u>	<u>500</u>	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.						
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.SOSSOS	<u>SOS</u>		<u>SOS</u>	<u>Gil</u>	<u>20</u>	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>SOS</u>		<u>SOS</u>	<u>Kalme</u>	<u>20</u>	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.SOSSOS	<u>SOS</u>					
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS.000UI SC 12/12H.					<u>20</u>	
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL40MG (PELA MANHA)					<u>06</u>	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H	<u>SOS</u>					
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.	<u>SOS</u>					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: <u>200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.</u>	<u>SOS</u>					
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	<u>SOS</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	<u>SOS</u>					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.	<u>Atenção</u>					
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	<u>Atenção</u>					
16. CCGG+SSV 6/6H.	<u>Atenção</u>			<u>Kalme</u>	<u>20</u>	<u>06</u>
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

*Dhezenir S. Dalmemoura
M. R. R. R.
CRM 50000*

*Julio G. P. Rodrigues Santos
COREM SP 200-974 ENF.
JBR*

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18				
24				

*Criz...
B...
50251*

Idade: _____ Admissão: _____ Leito: _____

Diagnósticos: _____

Códigos: M () T () N () DATA: 15/05/2019 FC: 99 FR: 23 PA: 120x100 T: 37.0

AP: Trincomilina + Vanilina + ABT GCS: _____ RASS: _____ IMS: _____ MRC: _____ NC: _____

VA: AA Sedação: _____ DVA: _____ SpO₂: 84

Ventilação Mecânica: Mode: _____ PC: _____ TI: _____ VC: _____ Fluxo: _____

PEEP: _____ PS: _____ I:E: _____ FR: _____ Sens: _____

Monit. Vent: Cest: _____ Cdin: _____ Res: _____ IRRS: _____ PaO₂/FIO₂: _____

M () T () N () DATA: 15/05/19 FC: _____ FR: _____ PA: _____ T: _____

AP: _____ GCS: _____ RASS: _____ IMS: _____ MRC: _____ NC: _____

VA: VE Sedação: _____ DVA: _____ SpO₂: _____

Ventilação Mecânica: Mode: _____ PC: _____ TI: _____ VC: _____ Fluxo: _____

FIO₂: _____ PEEP: _____ PS: _____ I:E: _____ FR: _____ Sens: _____

Monit. Vent: Cest: _____ Cdin: _____ Res: _____ IRRS: _____ PaO₂/FIO₂: _____

PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente colaborativa. Conduta: Exercícios Respiratórios (maioria) e ólia em MSE. SVE: PA = 120x100 mmHg. F: 97 Bpm FR = 22 lpm T: 37.2 Sopa = 80%. Resol a paciente confortável no leito.

PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Pcte colaborativa, em VE (+) edema em MTDs sem sequelas. Deixa a entorcel e sem intercorrências.

CONDUTA: 1- FISIOTERAPIA MOTORA 2- FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

CONDUTA: 1- FISIOTERAPIA MOTORA 2- FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PROJ?: _____

() THB () EENM () MRA () TRE VNI (Upo): _____ Tempo: _____

() TEP (x) Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub () Outras: _____

() RPPI () Posic () Cuff _____ () MAN () RCP () Extub _____

Motora: () Passiva (x) Ativo-assistida () Ativo () Resistido

() SL () Sc/MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA

Secreção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esp () Ros

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PROJ?: _____

() THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): _____ Tempo: _____

() TEP (x) Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub () Outras: _____

() RPPI (x) Posic () Cuff _____ () MAN () RCP () Extub _____

Motora: () Passiva (x) Ativo-assistida (x) Ativo () Resistido

() SL () Sc/MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA

Secreção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esp () Ros

ORF: Prof: Ana Kécia N. Pimentel

Professora: Natali Aragão (Preceptora)

Izabela Fontes

Crefito: 155786-F

Fisioterapeuta/CREFITO

ORF: Posicionamento no leito e redução do edema do MTD.

Evika Barreto P...
Fisioterapeuta
CREFITO 112555-F

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

EXAMES REALIZADOS

EXAME	HORA	RESULTADOS				
D:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: _____

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: _____

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: _____

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO: _____

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

Nome: Maria Rosa de Jesus Nascimento
 Matrícula: _____
 Leito: 05
 Admissão: _____

Idosos: _____
 () TI () NI DATA: _____
 P: M V @ AMX GCS: _____
 A: Sedação: _____
 Ventilação Mecânica: Mode: _____
 FIO2: _____
 PEEP: _____
 Cdin: _____
 Res: _____
 IRRS: _____
 PaO2/FIO2: _____
 T: 35.6
 FC: 94
 FR: _____
 PA: 120x90
 SpO2: 88%
 Fluxo: _____
 Sens: _____
 Mont. Vent. Cest: _____
 Cdin: _____
 Res: _____
 IRRS: _____
 PaO2/FIO2: _____
 PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NIVEL 1 / () NIVEL 2 / () NIVEL 3 / () NIVEL 4
 Reavaliação: Paciente colaborativa, conduta: Benefícios respiratórios. Dinamizo o atendimento com intubação deixo a paciente intubada no leito. SIF: PA: 120x90 mmHg FC: 92 bpm T: 36.5 SatO2: 95%.

CONDUTA: () FISIOTERAPIA MOTORA () FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA
 DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PROJ?: _____
 () THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): _____ Tempo: _____
 () TEP () Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub () Outras: _____
 () RPP () Posic () Cuff () MAN () RCP () Extub _____
 Motora: () Passiva () Ativo-assistida () Ativo () Resistivo
 () SL () S c / MMHg pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA
 Secção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esp () Ros
 OBS: Ad: Anestesia N. Perineal
 Izabela Lentes
 Crefito: 155786-F
 Fisioterapeuta/CREFITO

FC: _____ FR: _____ PA: _____ T: _____
 AP: _____ GCS: _____ RASS: _____ IMS: _____ MRC: _____ NC: _____
 VA: VE Sedação: _____ DVA: _____ SpO2: _____
 Ventilação Mecânica: Mode: _____ FIO2: _____ PEEP: _____ PS: _____ I:E: _____ FR: _____
 Sens: _____
 Mont. Vent. Cest: _____ Cdin: _____ Res: _____ IRRS: _____ PaO2/FIO2: _____
 PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NIVEL 1 / () NIVEL 2 / () NIVEL 3 / () NIVEL 4
 Reavaliação: Pto acordada, em A.A. cabeça nítida (+) edema em MID. Deixa-a confortável e estável.

CONDUTA: () FISIOTERAPIA MOTORA () FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA
 DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PROJ?: _____
 () THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): _____ Tempo: _____
 () TEP () Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub () Outras: _____
 () RPP () Posic () Cuff () MAN () RCP () Extub _____
 Motora: () Passiva () Ativo-assistida () Ativo () Resistivo
 () SL () S c / MMHg pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA
 Secção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esp () Ros
 OBS: Redução de edema do MID.
 Srika Barreto
 Fisioterapeuta
 CREFITO 112555-F
 Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASD:		pH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASD:		pH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASO:		pH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

1977-78
CRM-55 5461
Direção de Saúde
Município de Curitiba

05 12 100
04 05 7
04 05 7

CRM-55 5461
Direção de Saúde
Oftalmologia e Traumatologia

05 12 100
04 05 7
04 05 7

05 12 100
04 05 7
04 05 7

CRM-0005633
Médico
Leonardo Augusto de Carvalho

0270 horas frangueiras Sr. Ernane
sem direito
- Aguardar fabricar 25 frangos

18/5/19 - on fuporte

CRM-55 5461
Médico
Direção de Saúde

05 12 100
04 05 7
04 05 7

05 12 100
04 05 7
04 05 7



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEÃO"
EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE:

PACIENTE: Maria Rosa de Jesus Nascimento MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SERVIÇO: _____ APTO: _____ QUARTO: _____ ENFERM. LEITO: _____ CONVENIO: _____

DATA II HORA:	EVOLUÇÃO
	13/05/19 Paciente submetida para tratamento cirúrgico de Fratura da cabeça do Fêmur com osteossintese por meio de placa, segue em observação.
14/05/19	# Trat cirúrgico fêmur D Paciente bem/sem alteração sem sinais de infecção em cura com placa interna - fôlego M/D, pulsos em bom estado. sem febre, JVP ok. sem edema de membros inferiores.
15/05/19	# Trat cirúrgico fêmur D Paciente bem/sem alteração sem sinais de infecção em cura com placa interna - fôlego M/D, pulsos em bom estado. sem febre, JVP ok. sem edema de membros inferiores.
16/05	Paciente com febre de novo 38,5°C com sinais de infecção instabilidade focal frangente.

Imagem anexada

Dheyaan S. D. Damasceno
MÉDICO
CRMSE 5961

Dheyaan S. D. Damasceno
MÉDICO
CRMSE 5961

Luciano Prestes
Ortopedia e Traumatologia
CRMSE 866

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

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD 79 96559429

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
ANTONIO DUARTE DE LIMA / ESPOSO

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD 79

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

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF
SE

19 - CEP
49500000

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ITABAIANA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Constata-se do exame do Fêmur O que
Osteoporose por causa da idade

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Treatmento cirurgico

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

Exame do fêmur

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL
S723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO
V030

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Cirurgia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050510

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
0051350335

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Alexandre Barbosa Almeida

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
13/05/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

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
281910016052-5

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
15/05/19

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

Dra. Angélica Ferreira da Silva
Médico Especialista em Ortopedia
CRM - CE 3686
CPF - 876.180.736-20



nirhuse.crl <nirhuse.crl@gmail.com>

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

CRL CRE <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>

13 de maio de 2019 16:42

Para: nirhuse.crl <nirhuse.crl@gmail.com>, Cirurgia HC <regulacaohc@gmail.com>

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.

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: S72.3-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 da 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)	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DATA DA SOLICITAÇÃO <i>22/08/2019</i>
---	---	------------------------	--

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

Por operatório realizado fraturas de fêmur do lado direito com fixação por meio de placas e parafusos.

EXAMES COMPLEMENTARES

TREATAMENTO

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) <i>06/08/19</i>	MÉDICO AUTORIZADO (ASSINATURA / CARIMBO) <i>Dr. Viviane Pereira da Motta</i> Supervisão 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
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATURZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC ISENTA / INTERNA

INSCRIÇÃO ESTADUAL 27.110.238-1 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. CNPJ 06.886.136/0001-27

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
328190005751400 27/05/2019 16:36:22

DESTINATÁRIO / REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL
FUNDAÇÃO DE BENEF. HOSPITAL DE CIRURGIA

ENDEREÇO
AV. DES. MAYNARD N. 174, S/N

MUNICÍPIO
ARACAJU

BAIRRO / DISTRITO
CIRURGIA

CEP
49055-210

DATA DA EMISSÃO
27/05/2019

DATA DA SAÍDA
27/05/2019

HORA DA SAÍDA
16:36:15

CNPJ / CPF
13.016.332/0001-06

UF
SE

FONE / FAX
(079) 210672-3655

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA / DUPLICATA
001 26/06/2019 296,13

CALCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS 0,00	VALOR ICMS 0,00	BASE CALC ICMS ST 0,00	VALOR ICMS ST 0,00	TOTAL DOS PRODUTOS 296,13
VALOR FRETE 0,00	VALOR SEGURO 0,00	VALOR DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. 0,00	VALOR IPT 0,00
TOTAL DA NOTA				296,13

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0-EMITENTE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEIC

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QTD ANTIDADE

ESPECIE
Caixas

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC 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

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. Venda: 241 - DEPOSITO BB 30 DIAS / Digitador: 53 / Ped. 30864 / O.S. 27243

*INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: *

RESERVADO AO 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

Gerado em 27/05/2019 às 15:38 pelo USUÁRIO J.F. F. P. P. | www.usidante.com.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE:

PACIENTE:

Maria Rosa de Jesus

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

15/10 # *Ortopedia*
 # *5/10* *fratura transcoroide* *pl* *plata* *dist*
do *omopl*

Exame *radiografico*
de *luxa* *omopl* *e* *metacarpo*
III *do* *carpo* *limpo*, *de* *10* *de* *10*
de *ag* *curativo* *pl*

[Signature]
 Direção S. Danemann
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-SE 5461



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIDADE:

PACIENTE: Marcos Rose da Silva Narciso MATRÍCULA: _____
 IDADE: _____ SERVIÇO: _____ APTO: _____ QUARTO: _____ ENFERM: _____ LEITO: _____ CONVENIO: _____

DATA E HORA	EVOLUÇÃO
22/05/19	<p>0 Parede O pericula</p> <p>A) Fratura femur (D): Cir. Reduco A. de + Fixacao abcr Equip. Ab Pauter Esp. V. roscas (D) Prescricao</p> <p style="text-align: right;">Dr. Paulo Salotti Médico CRM - 5461</p>
23/05/19	<p>#) Trat. anal. femur D - 190</p> <p>Fonte BEG/LOG/AAA</p> <p>sem dor e intercon. sem dor, sem, pulso (+) MM, O de em alta prog p/ amarras</p>
24/05/19	<p>#) 290 Trat. anal. femur D</p> <p>Fonte BEG/LOG/AAA</p> <p>sem dor e intercon. sem dor, sem, pulso (+) MM, O de em alta prog p/ amarras</p>

RAIOS XI FBHC	DATA 22/05/19
INCIDÊNCIAS	VISTO TÉCNICO
femur O2P	Klemia

Dr. Paulo Salotti
Ortopedia e Traumatologia
CRM SE 5461

Dr. Paulo Salotti
Ortopedia e Traumatologia
CRM SE 5461

Nome: Maria Rosa de Jesus Nascimento Matrícula:
 Idade: 44 anos Admissão: Letto:



FICHA DE EVOLUÇÃO
FISIOTERAPIA

Diagnósticos:
Códigos:

M () T () N () DATA: 17.05.19 FC: 83 FR: 22 PA: 110x90 T: 36.6

AP: MV () Amx GCS: RASS: IMS: MRC: NC:

VA: Sedação: DVA: SpO₂: 94

Ventilação Mecânica: Modo: RC: TI: VC: Fluxo:

FIO₂: PEEP: PS: I:E: FR: Sens:

Monit. Vent: Cest: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente colaborativa conduta: exercícios respiratórios

eumentação ativo-resistido M.M.S.E e M.I.E, massagem de

calço e mobilização polela esquerda. Finaliza o atendimento

sem intercorrências, deixa a paciente estável SUF: PA: 110x90

mmHg FR: 22 bpm FC: 82 bpm SatO₂: 92% T: 36.7°C

CONDUTA: (X) FISIOTERAPIA MOTORA (X) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU POR?:

() THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo:

() TEP (X) Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub () Outras:

() RPPI () Posic () Cuff / / () MAN () RCP () Extub

Motora: () Passiva () Ativo-assistida (X) Ativo (X) Resistido

() SL () Sc / MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA

Secreção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esv () Ros

OBS: Acad: Anaclécia V. Pinheiro

Professora: Natali Aragão (Preceptora)

Isabella Fontes

Cufito: 155486-F

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

NOME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

M () T () N () DATA: 20/05/2019 FC: 80 FR: 17 PA: 110x70 T: 35,9°C

AP: MV () Sem RP GCS: RASS: IMS: MRC: NC:

VA: Sedação: DVA: SpO₂: 95,1

Ventilação Mecânica: Modo: PC: TI: VC: Fluxo:

FIO₂: PEEP: PS: I:E: FR: Sens:

Monit. Vent: Cest: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente orientada verbalmente, consciente foi realizada

avaliação de padronização do tempo respiratório, mobilização precoce com

velocidade MMS, duração expiratória, fortalecimento muscular,

mobilização articular, mobilização polela, SUF: PA: 110x70 mmHg, FC: 78 bpm, FR:

17 bpm, SatO₂: 96,1% T: 35,9°C. Foi realizado atendimento de fisioterapia

CONDUTA: (X) FISIOTERAPIA MOTORA (X) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU POR?:

() THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo:

() TEP (X) Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub () Outras:

() RPPI () Posic () Cuff / / () MAN () RCP () Extub

Motora: (X) Passiva (X) Ativo-assistida () Ativo (X) Resistido

() SL () Sc / MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA

Secreção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esv () Ros

OBS: Acad: Gabriela Cardoso Frainco

Professora: Natali Aragão (Preceptora)

Isabella Fontes

Cufito: 155486-F

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

NOME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO



FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

Nome: Maria Rosa de Jesus Nascimento Matrícula: _____
 Idade: 44 anos Admissão: _____
 Diagnósticos: Fratura de fêmur

Códigos: _____
 M () T () N () DATA: 21/05/19 FC: _____ FR: _____ PA: _____ T: _____
 AP: _____ GCS: _____ RASS: _____ IMS: _____ MRC: _____ NC: _____
 VA: VE Sedação: _____ DVA: _____ SpO₂: _____
 Ventilação Modo: _____ RC: _____ TI: _____ VC: _____ Fluxo: _____
 Mecânica: FIO₂: _____ PEEP: _____ PS: _____ I:E: _____ FR: _____ Sens: _____
 Monit. Vent: Cest: _____ Cdin: _____ Res: _____ IRRS: _____ PaO₂/FIO₂: _____

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Reavaliação: Pata estável em A-A, sem queixas, colaborativa e (+) edema do MTD. Deixa-a confortável e sem intervenção.

CONDUÇÃO: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PROQ?: _____
 () THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): _____ Tempo: _____
 () TEP Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub () Outras: _____
 () RPPI Posic () Cuff / _____ () MAN () RCP () Extub _____
 Motora: () Passiva Ativo-assistida () Ativo () Resistivo
 () SL () S c/ MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA
 Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esp () Ros

OBS: Redução do edema do MTD.
Márcia Barreto Pereira
 Fisioterapeuta
 CREFITO 173688-F
 Fisioterapeuta/CREFITO

M () T () N () DATA: 28/05/2019 FC: 85 FR: 19 PA: 120/80 T: 36,2
 AP: HU(1) Im HMTV SIRA GCS: _____ RASS: _____ IMS: _____ MRC: _____ NC: _____
 VA: RA Sedação: _____ DVA: _____ SpO₂: 96%
 Ventilação Modo: _____ PC: _____ TI: _____ VC: _____ Fluxo: _____
 Mecânica: FIO₂: _____ PEEP: _____ PS: _____ I:E: _____ FR: _____ Sens: _____
 Monit. Vent: Cest: _____ Cdin: _____ Res: _____ IRRS: _____ PaO₂/FIO₂: _____

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Reavaliação: Paciente parcialmente orientada, edema moderado. Foi realizada totalmente de MIE, pontal, curativo de MESS e mobilização de tornozelo segundo o máximo tolerado por MTD/MHSS/HMI, alongamento MESS, exercício respiratório xerolabial, e em diagnóstico S.F.P.A. 120/80, FC. 85, f.R. 19, SaO₂ 97.

CONDUÇÃO: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PROQ?: _____
 () THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): _____ Tempo: _____
 () TEP Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub () Outras: _____
 () RPPI () Posic () Cuff / _____ () MAN () RCP () Extub _____
 Motora: () Passiva Ativo-assistida () Ativo () Resistivo
 () SL () S c/ MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA
 Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esp () Ros

OBS: Márcia Borges de Almeida
Professora Natali Aragão (Preceptora)
Izabella Fontes
 Crefito: 155786-F
 Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS						
EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

EXAMES REALIZADOS					
EXAME	HORA	RESULTADOS			
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :
RAIO X:		OUTROS:			

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

Nome: Maria Rosa de Jesus Matrícula: 0926
 Idade: 44 Admissão: 03/05/19 Leito: C5
 Diagn. ósticos:
 Códigos:
 M() T() N() DATA: 23/05/19 FC: FR: PA: T:
 AP: GCS: RASS: IMS: MRC: NC:
 VA: VE Sedação: DVA: SpO₂:
 Ventilação Modo: RC: TI: VC: Fluxo:
 Mecânica: FIO₂: PEEP: PS: I:E: FR: Sens:
 Mont. Vent: Cest: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:

CIRURGIA **FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA**
 M() T() N() DATA: 24.05.19 FC: 85 FR: 17 PA: 110x70 T: 35.7
 AP: MVA Sedação: GCS: RASS: IMS: MRC: NC:
 VA: AA Sedação: DVA: SpO₂: 98
 Ventilação Modo: PC: TI: VC: Fluxo:
 Mecânica: FIO₂: PEEP: PS: I:E: FR: Sens:
 Mont. Vent: Cest: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Reavaliação: Pate estável, colaborativa, em VE (+) edema em casa D-Deixa - confortável e sem queixas.

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Reavaliação: Paciente tolerante conduta: Educação hospitalar, intubado e diágnóstico SIF: PA: 110x80 mmHg Fc: 90 bpm T: 36.6 SatO₂: 98.

CONDUTA: ~~FISIOTERAPIA MOTORA~~ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

CONDUTA: ~~FISIOTERAPIA MOTORA~~ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?:
 () THB () EEM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo:
 () TEP Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub Outras:
 () RPPI Posic () Cuff () MAN () RCP () Extub
 Motora: () Passiva Ativo-assistida Ativo () Resistivo
 () SL () S c/ MMil pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA
 Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esv () Ros

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?:
 () THB () EEM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo:
 () TEP Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub Outras:
 () RPPI () Posic () Cuff () MAN () RCP () Extub
 Motora: () Passiva () Ativo-assistida Ativo () Resistivo
 () SL () S c/ MMil pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA
 Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esv () Ros

OBS: Redução do edema e evitar contraturas.
Enika Barreto Pereira
 Fisioterapeuta
 CREFITO 115505-F
 Fisioterapeuta/CREFITO

OBS: Acad: Arie Kécia N. Pimentel
Professora: Natali Aragão (Preceptora)
Izabella Kontes
 Crefito: 55786-F
 Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

EXAMES REALIZADOS

EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

NOME: Marcelo de Jesus Romão da Silva / SEXO: M / MATRÍCULA: 1092656 / UND: 079105
 DATA: 15/05/19 / DATA INTERNAMENTO: 15/05/19 / DATA DA FRATURA: 15/05/19 / DATA DA CIRURGIA: 15/05/19 / (Dr. _____)

1. DIETA	07:00 AS 13:00	13:00 AS 19:00	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
2. GELCO HIDROLISADO.				
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.				
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOSSOS				
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.				
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H, SOSSOS				
7. CEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS, 000UI SC 12/12H.				
8. RANITIDINA, 02ML+08ML AD EV 12/12H, OU OMEPRAZOL, 40MG (PELA MANHA)				
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H				
10. Sonda vesical de alívio SOS.				
11. Glicemia capilar de 6/6h.				
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 ZUI 251-300 AUI 301-350 GUI 351-400 BUI 400 > 10UI.				
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL				
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg				
14. MUDANÇA DE DECURTO 4/4H.				
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.				
16. CCG+SSW 6/6H				
16. CURATIVO DIÁRIO				
17. SF 0,9% - 1500 ml 2 fls				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				

Handwritten signature: Roberto Augusto Romão

Anabelle De Melo F. Meneses
Enfermeira
COREN: 73521

Associação de Serviços Especializados
Técnicos de Enfermagem
COREN 127662

Handwritten signature: Anabelle De Melo F. Meneses

Handwritten signatures and initials in the bottom left section of the table.

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLUCEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18				
24				

05/05
CS

NOME COMPLETO: Maria Rosa de Jesus UNIDADE: Unidade DATA: 15/05/2019
D.N.: 1/1 MATRÍCULA: 1092656 ADMISSÃO: 13/05/2019

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <u>oral leve</u>						
2. HIDRATAÇÃO: <u>PHO 1000ml EV p/24h</u>						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>12</u>		<u>500</u> <u>18</u>		<u>500</u> <u>24</u> <u>06</u>	
4. DÍPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>11</u>		<u>17</u>	<u>Kalme</u>	<u>23</u> <u>05</u>	<u>Justino</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10</u>		<u>18</u>	<u>Kalme</u>	<u>22</u>	<u>Justino</u>
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>08</u>		<u>19</u>		<u>24</u>	<u>Justino</u>
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<u>09</u>					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					<u>06</u>	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>			<u>19</u>		<u>22</u> <u>06</u>	
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS	<u>SOS</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	<u>SOS</u>					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	<u>FISIO</u>					
15. SONDA VESICAL DE ALVIO. SOS	<u>SOS</u>					
16. CCGG+SSVV 6/6H.	<u>08</u>		<u>24</u>	<u>Kalme</u>	<u>20</u> <u>06</u>	
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

DIAGNÓSTICO MÉDICO
CORENSE - ENF

Jaime... res Santos
CORENSE - 09.974 ENF.

Margarida...
CORENSE - ENF

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (ltpm)
08					
14					
20					
06					

Silvia...
Magaly Reis da Silva
CORENSE - 379.405 - ENF



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 16/05/19 Convênio: _____ Matrícula: _____
 Paciente: Maria Rosa de Jesus Nascimento Idade: _____
 internado em: 1/1/1 Unidade: _____ Leito: C5

PREScrição Médica

Distribuição de horário

Requisição de Enfermagem

Item	Dieta	Distribuição de horário			Requisição de Enfermagem	
		1º Turno	2º Turno	3º Turno	Quant	Discriminação
-	Dieta: <u>normal do 2º turno</u>	07 às 13h	14 às 19h	19 às 07h		
-	SE 99% KV 1000 ml n/24h		5cp Keline	500		
-	Keflex 1g IV 6/6h	12	1g Keline	200		
-	Dipirona 2cc + 8amp IV 6/6h	12	1g Keline	200		
-	furosemida 100mg + 100ml 505 SE 99% IV 8/8h 505		1g Keline	20		
-	Plexan 40mg SC 1x/dia - 09			25		
-	Dexametazona 9mg - 1x/dia 12h			05		
-	Cardelina 1g					
-	CRG + CS IV 6/6h	08	1g Keline	200		

Luciano Passos de Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 866

Luciano Passos de Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 866

Magaly Reis da Silva
CORENISE 379.405 - ENE

Recebimento da Farmácia:
 Hora: _____ Funcionário _____
 Entrega na Unidade:
 Hora: _____ Funcionário _____

UNIDADE: Ortopedia II - C-5 DATA: 18/5/19

NOME COMPLETO: Manoel Dene de Jesus D.N.: 1/1 MATRÍCULA: 22 ADMISSÃO: 1/1

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <u>UO Livre laxativa</u>		<u>SND</u>				
2. HIDRATAÇÃO: <u>SFO, 9% 1000ml EV</u>			<u>18</u>		<u>20</u>	<u>06</u>
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>17</u>		<u>17</u>		<u>21</u>	<u>05</u>
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>10</u>		<u>17</u>		<u>23</u>	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10</u>		<u>17</u>		<u>23</u>	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SOS</u>	<u>SOS</u>		<u>18</u>		<u>24</u>	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<u>09</u>					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					<u>06</u>	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>	<u>SOS</u>		<u>18</u>		<u>27</u>	<u>06</u>
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL. <u>SOS</u>	<u>SOS</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	<u>SOS</u>					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	<u>FISIO</u>					
15. SONDA VESICAL DE ALVIO. <u>SOS</u>	<u>SOS</u>					
16. CCGG+SSVV 6/6H.	<u>08</u>		<u>14</u>		<u>20</u>	<u>06</u>
17. <u>oleo mineral 10ml 8-8-11</u>			<u>14</u>		<u>22</u>	<u>06</u>
18. <u>Actemone 400mg 12-12h</u>	<u>14</u>				<u>28</u>	
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Leonardo Monteiro de Carvalho
Médico
CRM: 0005633

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (irpm)
08					
14					
20					
06					

Stefano de Carvalho
Médico
COREN-SE 421301

Yonara Rosende Santa Rosa
COREN-SE 96477 - ENF

NOME COMPLETO: Maria Rosa de Jesus UNIDADE: ortop. II DATA: 19/05/19
D.N.: 30/12/74 MATRÍCULA: 1092636 ADMISSÃO: 8/03/2019

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <u>anel leve laxante</u>						
2. HIDRATAÇÃO: <u>500ml 1000ml 2x/dia</u>	<u>500</u>				<u>500</u>	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>22</u>		<u>26</u>		<u>24 06</u>	
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>21</u>		<u>27</u>		<u>25 05</u>	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10</u>				<u>22</u>	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SOS</u> <u>SOS</u>	<u>08</u>		<u>18</u>		<u>24</u>	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<u>09</u>					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					<u>06</u>	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u> <u>SOS</u>			<u>14</u>		<u>22 06</u>	
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL <u>SOS</u>	<u>SOS</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	<u>SOS</u>					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	<u>FISIO</u>					
15. Sonda vesical de alívio. <u>SOS</u>	<u>SOS</u>					
16. CCGG-SSV 6/6H.	<u>08</u>		<u>14</u>		<u>20 06</u>	
17. <u>Água mineral 10ml 08/08h</u>						
18. <u>Dactulona 40ml VO 12/12h</u>						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Dheysson D. Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 5461

Jaime O. P. Rodrigues Santos
COREN-SE 349.874/MF
10:00

Unidade Cirurgias Hospital de Beneficência
Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
CORREIO ELETRÔNICO

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (IRpm)
08	<u>120 x 80</u>	<u>-</u>	<u>36.3</u>	<u>66</u>	<u>22</u>
14	<u>120 x 70</u>	<u>-</u>	<u>36.4</u>	<u>57</u>	<u>17</u>
20					
06					



NOME COMPLETO: Maria Rosa de Jesus UNIDADE: Ortopedia 2 DATA: 21/05/14
D.N.: / / MATRÍCULA: ADMISSÃO: / /

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <u>ord. livre laxativa, 2200 kcal</u>						
2. HIDRATAÇÃO: <u>SF 0,9 1000 ml EV p/ 24h</u>	500				500	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	32		18	Kaline	24 05	[Signature]
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	14		17	Kaline	24 05	[Signature]
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	10				22	[Signature]
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SOS</u>	SOS		16		24	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	09					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					05	[Signature]
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>	SOS		14		24 05	
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300.4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	SOS					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	FISIO					
15. SONDA VESICAL DE ALÍVIO. SOS	SOS					
16. COBG+SSV 6/6H.	08		18	Kaline	20 05	[Signature]
17. <u>Sol mineral 10ml 08/08h</u>			18	Kaline	24 05	[Signature]
18. <u>Diclofenaco 40ml VO 12/12h</u>	18				24	
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Dr. Emerson S. Dannemann
Ortopedia e Traumatologia
CRM SE 5461

Stefano de Carvalho
Enfermeiro
COREN-SE 421501

Magaly Reis da Silva
COREN-SE - 379.405 - ENF

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (litpm)
08					
14					
20					
06					



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 12/05/19 Convênio: _____

Matrícula: _____

Paciente: Maria Rose de Jesus Medeiros

Idade: _____

Internado em: ___/___/___ Unidade: _____

Leito: CS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de horário				Requisição de Enfermagem	
		1º Turno		2º Turno		3º Turno	
Dois	Dieta:	07 às 13h	13 às 19h	19 às 07h	Quant	Discriminação	
	1) Dieta Geral	5ND					
	2) SFC 91.1000ml E x 2/1h	500					
	3) Galidonec 1g E x 8/6h	8	1g Kalime	20			
	4) Clonazepam 10mg E x 2/12h		1g Kalime	060			
	5) Dipirona 1g E x 6/6h	14	1g Kalime	20050			
	6) Tramadol 100mg + SFC 91.1000ml E x 8/6h	12:30		20 040			
	7) Enxofolone 10mg SFC 1000ml	9					
	8) Imefranil 20mg 1x/dia						
	9) CCG + SSR	8	1g Kalime	20 060			
	10) Curatim de base						

Dr. Paulo Salotti
Médico
CRM - 4454

Dr. Paulo Salotti
Médico
CRM - 4454

Tomy Nino
Tatiana Menezes
COVEN SE 131127 - ENE

Recebimento da Farmácia:
Hora: _____ Funcionário _____
Entrega na Unidade:
Hora: _____ Funcionário _____

NOME COMPLETO: Marcelo Rosa de Jesus UNIDADE: Ortop. II DATA: 23/05/19
D.N.: 30/12/1974 MATRÍCULA: 1092656 ADMISSÃO: 13/05/2019

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <u>emul hore</u>						
2. HIDRATAÇÃO: <u>500 1000 ml EV p/24h</u>	<u>500</u>		<u>500</u>		<u>500</u>	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>18</u>		<u>18</u>	<u>Kalime</u>	<u>28 06</u>	<u>Silva</u>
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>17</u>		<u>17</u>	<u>Kalime</u>	<u>28 06</u>	<u>Silva</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>18</u>				<u>22</u>	<u>Silva</u>
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>08</u>		<u>8</u>	<u>Kalime</u>	<u>28</u>	<u>Silva</u>
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<u>08</u>					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					<u>08</u>	<u>Silva</u>
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>500</u>			<u>14</u>		<u>22 06</u>	
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	SOS					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	FISIO					
15. SONDA VEŚICAL DE ALVIO. SOS	SOS					
16. CCGG+SSVV 6/6H.	<u>08</u>		<u>20</u>	<u>Kalime</u>	<u>20 06</u>	
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Dheryson S. Dannemann
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 51461

Juliano O. P. Rodrigues Santos
COREN-SE 33974 ENF.

JO:TOR

Reserva de Emergência
Hospital de Cirurgia
FONE: 3321-1234

NORÁRIDO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (IRpm)
08					
14					
20					
06					

Magalhães Reis da Silva
COREN-SE - 379.405 - ENF

Criziane Siqueira
Enfermeira
COREN-SE 63251

NOME COMPLETO:

Maria Rosa de Jesus

UNIDADE:

Ortop II

DATA:

21/05/19

D.N.: 30/12/74

MATRÍCULA:

1092636

ADMISSÃO: 13/05/2019

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <i>oral floro</i>						
2. HIDRATAÇÃO: <i>500 1000 ml ev p/ 24h</i>			500		500	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H			18		24 06	
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H			17		23 05	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H			(16)		(24)	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <i>SOS</i>					22	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA					06	
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					(22) (06)	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <i>SOS</i>						
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	SOS					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	FISIO					
15. SONDA VESICAL DE ALVIO. SOS	SOS					
16. CCGG 35V 6/6H	08		14		20 06	
17. <i>Ure Hospital</i>						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Ondina Souza
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 159516

Ondina Souza
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 159516

Delta
Dreyzom
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 5461
Dina Q. P. Rodrigues Santos
CRM-SE 519474-ENF.
11:508

Suzana Brito de Souza
Farmácia
COREN/SE 242508

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (IRpm)
08					
14					
20					
06					

NOME:

Marcos Rosa De Jesus Nascimento

IDADE:

44

LEITO:

C5

REGISTRO:

109 2656

UNIDADE:

Ortopedia II

DATA: 07/05/2015

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorético
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina: _____

07:00 Paciente encontra-se no leito, em uso de AUP.
 08:00 Merico SSV.
 10:00 Alenteu almoço, entolado preferencial 100mg.
 12:00 Segue tranqüilo.

Assinatura e identificação
 Dayane Santos de Enfermagem
 T.O. 454.103

DATA: 07/05/2015

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorético
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina: _____

13:00 Paciente encontra-se no leito em decúbito dorsal em uso de gelos humidizados.
 14:00 Alenteu SSV.
 15:30 Alenteu almoço operado.
 16:00 Pac. use queixadão de alga adm. diurema SOS.
 Removido gelo conforme prescrição.
 18:00 Adm. thermal SOS post. use queixadão de alga.
 Alenteu jantar operado.
 Segue montando quadro.

Assinatura e identificação
 Dayane Santos de Enfermagem
 T.O. 454.103

NOME: Márcia Rosa De Jesus Nascimento
 IDADE: 44 LEITO: C5 REGISTRO: 1092656 UNIDADE: Ortopedia II

DATA: 15/05/2019

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorético
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina: _____

07:00 Paciente encontra-se no leito em uso de SUP.
 08:00 Medicar SSUV.
 10:00 oferecido lanche, ingestão aproximada 100mg.
 12:00 oferecido dieta.

Assinatura e identificação
 Dra. Janyne Santos Bezerra
 Enfermeira

DATA: 15/05/2019

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorético
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina: _____

13:00 Paciente encontra-se no leito em decubito dorsal em uso de soroterapia.
 Relata-se que foi realizado banho pelo médico.
 14:00 Aferido SSUV.
 15:30 Recebeu lanche oferecido.
 17:00 Realizado AVP com MS D com gelco no 20, culm. disponível de horário.
 18:00 Aferido pontos oferecidos.
 Segue mantendo quadro.

Assinatura e identificação
 Dra. Karine

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Marcia Rosa De Jesus Nascimento
 IDADE: 44 LETO: CS REGISTRO: 1092658 UNIDADE: Ortopedia II

DATA: 07/06/2019

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações nas fezes: _____
 Alterações na urina: _____

07:00 Paciente encontra-se no leito, em estado de AUP, em fase de monitoragem, em vaso de frasco em M.D.
 08:00 Aférisis SSVV.
 09:00 Administrado celestone 40 mg SC.
 10:00 oferecido lanche, embebido morfina 100 mg IV.
 11:00 Administrado dipirona 1 amp IV.
 12:00 Administrado Keplim 1g IV, nebulização inalatória 4ml U.O

Assinatura e identificação
Dayane Santos Bezer

DATA: 08/06/2019

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações nas fezes: _____
 Alterações na urina: _____

13:00 Paciente encontra-se no leito em decúbito dorsal, em uso de monitoragem, frasco
 14:00 Aférisis SSVV
 15:00 Adm. de 1 hora de honório
 15:30 Aférisis lanche oferecido
 17:00 Adm. dipirona de honório
 18:00 Adm. Keplim de honório
 segue montando quadro

Assinatura e identificação
Dayane Santos Bezer



HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Marcos Rosa de Jesus Nascimento
IDADE: 44 LETO: B.5 REGISTRO: 1092656 UNIDADE: UTI qual

DATA: 19.05.19

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade
 Alterações na urina:
 10-DURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

07hs Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, consciente, orientado verbalizando no leito afebril, supineus, em companhia de familiares segue sem intercorrências.
 08hs Administrado Octalona VO conforme prescrição.
 09:30 Realizado banho no leito + hidratação corporal segue aos cuidados da equipe multimedica.
 10hs Administrado propofol IV conforme prescrição.
 11hs Administrado dipiridona IV conforme prescrição medica.
 12hs Administrado cefalexina IV conforme prescrição medica.

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade
 Alterações na urina:
 10-DURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

13hs Paciente segue aos cuidados da equipe multimedica, primar sem intercorrências no presente momento.
 14hs Administrado óleo mineral 10ml VO conforme prescrição.
 15hs Pertado IV conforme prescrição.
 16hs Paciente segue sem intercorrências no momento.
 17hs Administrado Dipiridona IV conforme prescrição.
 18hs Administrado cefalexina IV conforme prescrição.
 Paciente segue sem intercorrências no presente momento aos cuidados da enfermagem.

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do enfermeiro

1- TIPO: Casuística Eutrófico Obeso
 2- COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3- LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Irregular
 4- CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doroso
 5- ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Incessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7- NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8- INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorético
 9- EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 10- DIURSE: Ausente: horas Prescrita: vezes
 Dor Ardor Dificuldade
 Alterações na urina:

19 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 20 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 21 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 22 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 23 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 24 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 25 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 26 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 27 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 28 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 29 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina
 30 - febre alta com dor de cabeça geralmente matutina

HORARIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	36,8											
Pressão Arterial	146 X 93											
F. Cardíaca	84											
F. Respiratória	18											

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofarínge (4) Nasal																									
2- Vaca de Fralda																									
3-giene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																									
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																									
5-Curativo Operatório:																									
6-Curativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabeceira																									

Assistência Hospitalar
 Hospital de Referência
 Rua... nº...
 CEP...

Marius Rosa De Jesus Nascimento
 IDADE: 44 | LEITO: C.5 | REGISTRO: 09 26 56 | UNIDADE: Ortopedia II

DATA: 23/05/2019
 07:00 às 13:00 h

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes:
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina:

07 Paciente encontra-se no leito, em uso de AUR, enfermeiro onde monitora.
 08:00 Medida SSVU, administração Keftin 1g IV.
 09:00 administração clexane 40mg SC.
 10:00 oferecido lanche.
 11:00 administração de plasma temp IV.
 12:00 instalação de sonda 100mg IV.

Assinatura e identificação
 Dayane Santos Beze
 Técnica de Enfermagem

DATA: 23/05/2019
 13:00 às 19:00 h

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso
 2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes:
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina:

13:00 Paciente encontra-se no leito em decúbito dorsal em uso de monitoria
 14:00 Medida SSVU
 15:30 Aceitou lanche oferecido
 16:00 adm. bromal de heparina
 17:00 adm. dipirone de heparina
 18:00 adm. Keftin de heparina, aceitou jantar
 segue mantendo quadro

Assinatura e identificação
 Karina Lima de Sá Pinheiro
 Técnica de Enfermagem

MARCELO DE JESUS NASCIMENTO
 IDADE: 44 | LEITO: 25 | REGISTRO: 2092656 | UNIDADE: ORT II

07/05/2018

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input checked="" type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	Alterações na urina: _____	

07:00 - Paciente no leito ditado em decúbito dorsal em DPO, em uso de AVP em serotipis

08:00 - Foi aferido SSVU, foi administrado tramal 100 mg conforme prescrição médica, acitou o dequeno

09:00 - Foi administrado elecare 100mg conforme prescrição médica, foi administrado SF 0,9% 500 ml, pois conforme prescrição médica

10:00 - Foi administrado profenid 100 mg, conforme prescrição médica, acitou o lanche aferido

11:00 - Foi administrado dipirona 01 amp conforme prescrição médica

12:00 - Foi administrado keflex 1g, conforme prescrição médica, acitou o almoço

12:30 - Paciente de alta hospitalar, segue aos cuidados da enfermagem

07/05/2018

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	Alterações na urina: _____	

13:00 - Presente orientada-se no leito em decúbito dorsal com uso de serotipis para

14:00 - Aferido SSVU, realizado curativo com fecho de ferida aberta

15:30 - Retirado AVP por ordem de alta hospitalar

Assistência e Verificação
 OUBALDO DE MOURA
 Tec. de Enfermagem
 COREN/SP 1.343.816

Área de Enfermagem
 Tec. Enfermagem

 tubo Orotraqueal	Traqueotomia	Sonda Gástrica	Sonda Enteral
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: ___/___/___
Sonda Vesical de Demora	Catéter Venoso Periférico	Catéter Venoso Central	
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: ___/___/___

CONTROLES / ÚLTIMAS 24 HORAS

Horários	08 09 11 12 14 15 17 18 20 21 23 24						02 03 05 06						Horários	08 09 11 12 14 15 17 18 20 21 23 24 02 03 05 06																																																											
	Frequência Cardíaca	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100		90	80	70	60	50	40	30	20	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	Frequência Respiratória	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14	12	10	08	06	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14	12	10
Pressão Arterial	340	320	300	280	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	340	320	300	280	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Temperatura	42,0	41,8	41,0	40,5	40,0	39,5	39,0	38,5	38,0	37,5	37,0	36,5	36,0	35,5	35,0	34,5	34,0	42,0	41,8	41,0	40,5	40,0	39,5	39,0	38,5	38,0	37,5	37,0	36,5	36,0	35,5	35,0	34,5	34,0				
Glicemia																																																																									

NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero: ___ horas

INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

EVACUAÇÃO: Sólida: ___ vezes Pastosa: ___ vezes Líquida: ___ vezes Zero: ___ dias

DIÚRESE: Ausente: ___ horas Presente: ___ vezes

BALANÇO HÍDRICO: Positivo Negativo Normal

DROGAS EM USO:

Antibióticos (dias): ~~___~~

Vasotivas (µg/kg/h): ~~___~~

Sedação (µg/kg/h): ~~___~~

Carimbo e Assinatura:

Magaly Reis da Silva
 COREN/SE - 379.405 - ENF

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

EXAME ESPECÍFICO:

SINAIS DE GRAVIDADE

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

FC: 98 bpm FR: 18 lpm PANI: 0 mmHg Temperatura: 36 °C Sat. de O₂: 97 % PAM: mmHg

mmHg PIC: 0 PIA: 0

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

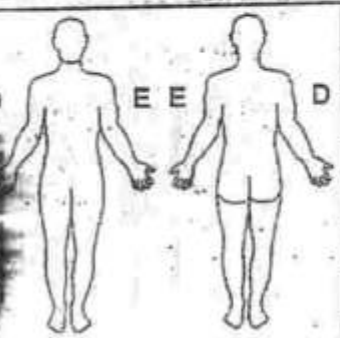
HISTÓRICO DE QUEDAS	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	Pontos:
0 Não 15 Sim		0 Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde 15 Muletas, Bengala ou Andador 30 Mobilidade Paralela	0 15 30
0 20	MARCHA Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas 10 Fraca 20 Comprometida ou Gêmeleante	ESTADO MENTAL 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 cadeira 3 Caminha ocasionalmente 4 Caminha frequentemente	1 2 3 4
1 Completamente imobilizado 2 Muito limitado 3 Parcialmente limitado 4 Nenhuma limitação	NUTRIÇÃO 1 Muito pobre 2 Inadequada 3 Adequada 4 Excelente	FRICÇÃO E CISALHAMENTO 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.	
		
		
		
		

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 SUCÇÃO: ___ () DRENO PENROSE: ___ () DRENO TORÁCICO: ___ () DRENO TORÁCICO: ___

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 monitorado de ECG, SpO2 100%, PA 151/23. Ausc. pulmonares 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 familiares após
 ato de funcionamento em SRPA

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					
IAK	TOTAL						

HORARIO DE ALTA: SRPA
 ASSINATURA: _____

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

Out II

Obs. f.iente 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: 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
 PPreparo: 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): Diverticulite
 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 + Dorrelatório, acompanhado da equipe de enfermagem com oxímetros e monitora-
 ção, completo das atividades da equipe de enfer-
 magem SSVU. RA= _____
 SPO= 851.F.C= 82

ASSINATURA:

Tabinda dos Anjos
CRP: 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 ceno Ueceno USSE Respostando a dor através verbalizar, monitorado PA 151x 71 mmHg Pulso 90, segue a cirurgia. Resposta de cirurgia favorável e encaminhado p/ sala de SRPA p/ recuperação.

Érica Silva Santos
SAC - Clínica/OPC
Mat. 29440

Tabinda Santos Costa
Enf. de Enfermagem
CORENSE 454851

ASSINATURA:

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** RESIDÊNCIA: **Ilha Comprida**

DATA DE INTERNAÇÃO: **13/05/99** HORA DE INTERNAÇÃO: **18:31** Min. CARÁTER: URG ELETIVA TIPO: _____ Nº DE DOENÇA: **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 00**

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 reneia da Silva** CRM-SE 30857 MDE 996 198 735 47 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 Sales
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 886

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Duciano Passos de Sales
 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: 04479/1B
		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

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: Maria Rosa de Jesus Nascimento MATRÍCULA: 1092656 CONVÊNIO: Sus
 CIRURGIA REALIZADA: freco esofageo DATA: 16/05/19 CIRURGIÃO: Dr. Marcos Paulo
 1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____
 ANESTESIA: galeudo kug ANESTESIOLOGISTA: Dr. Andreio
 CIRULANTE: Vanep

MEDICAMENTOS	QNT	NOTADRENALINA 8MG\4ML
ÁCIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML		OXÍDO DE ZINCO + VIT. A + D (HIPOGLOS) 30G
ÁGUA DESTILADA 10ML		OMEPRAZOL 40MG\10ML
AMINOFILINA 24MG\10ML		ONDASTERONA 8MG\4ML
ATRACURIO 25MG\5ML		PANCURONEO 4MG\2ML
ATROPINA 0.25MG\ML		PENTOXIFILINA 100MG\5ML
BICARBONATO DE SÓDIO 0.4% 10ML		PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UI
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) C/CASO 1200.00 20ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) 5\VASO 0.5% 20ML		RANITIDINA (ANTAK) 50MG\2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) PESADA 0.5% 20ML		SUBGALATO DE BISMUTO 30G
CAPTUPRIL 25MG COMP.		SUXAMETONEO 100MG\FRASCO
CEFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL INJETÁVEL	01	SUXAMETONEO 500MG\FRASCO
CLOPPROFENAZINA 25MG\5ML		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML
CEFAZOLINA 1G SOL INJETÁVEL		VANCOMICINA 50MG\ML
CEFTRIAXONA 1G SOL INJETÁVEL		EQUIPAMENTOS
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO		APARELHO DE AMESTESIA
EIPROFLOXACINO 200MG\100ML		BISTURI ELETRICO / BIPOLAR
CISATRACURIO (NIMBEX) 10MG\5ML		CAPNÓGRAFO
CLINDAMICINA (DALACIN) 600MH\4ML		DESFIBRILADOR
CLONIDINA SOL INJETÁVEL		ENDOSCÓPIO
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%		ESTRIBO
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA
COLAGENASE 30G BISHAGA		FOTÓFORD
DESLANOSÍDEO 0.4MG\2ML		LARINGOSCÓPIO
DEKAMETAZONA 4MG\2.5ML		MICIOSCÓPIO CIRÚRGICO
DICLOFENACO 75MG\ML		MONITOR CARDIACO
DIPIRONA 500MG\2ML		OXÍMETRO
DOBUTAMINA 250MG\20ML		RAIO X
ENOXAPARINA 40MG\0.4ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG\ML		GASOTERAPIA
ETILEFRINA (EFORTIL) 10MG\ML		AR COMPRIMIDO
FIOSCINA (TISCOPAM) ESCOPIOLAMINA 20MG\ML		GÁS CARBÔNICO
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		OXIGÊNIO
IMIPINEM - CILASTINA (TIENAM) 500MS\120ML		PROTÓXIDO DE AZOTO
IOXITALANATO DE MEGLUMINA (TELEBRX)		VÁCUO
LIDOCAÍNA (5\VASO) 1% () 2% ()		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
LIDOCAÍNA 10% SPRAY 50ML		ÁGUA DESTILADA 1000ML
LIDOCAÍNA GELEIA (BISHAGA) 30G		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML
LIDOCAÍNA + EPINEFRINA (C\VASO) 20ML - () 2% ()		SORO RINGER + LACTATO 500ML
METOPROLOL 25MG COMP.		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML
METOPROLOL 50MG COMP.		SORO GLICOSADO 5% 500ML
METRONIDAZOL 500MG\100ML		SORO GLUCOFISIOLÓGICO 5% 500ML
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML		FIOS CIRÚRGICOS
NEOSTIGMINA 0.5MG\ML		ACD MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5
ALGODÃO 7AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO MICROGOTAS - QNT () EQUIPO P\ TRANSFUÇÃO - QNT ()
ALGODÃO 7AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO AMBAR - QNT ()
CATGUT CROM. 7AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL
CATGT CROM. 5\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS
		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()
		IRRIGAFIX 4 VIAS

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE: _____ MATRÍCULA: _____ CONVÊNIO: _____
 CURSOS REALIZADA: _____ DATA: / / _____ CIRURGIÃO: _____
 1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____ ANESTESIOLOGISTA: _____
 CIRULANTE: _____

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM	1 - CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()
MONOCRYL 5.0 REF Y495	LÁMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()
MONOFYL 3.0 C/2 AG. 70CM	LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()
MONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	LUVA ESTERIL 7.0
9 () 10 ()	LUVA ESTERIL 7.5
POLIESTER (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()	LUVA ESTERIL 8.0
POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	PLACA DE BISTURI ELETRICO
7 ()	SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML ()
VICRYL Nº 0 5/AG.	SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5ML ()
CATGUT. SIMPLES C/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()	SERINGA DESCARTAVEL 10ML
4 () 5 ()	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML
CATGUT. SIMPLES 5/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()	SERRA DE GIGLI
4 () 5 ()	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()
CERA P/ OISO	16 () 18 () 20 ()
ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARC APASSO	SONDA CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()
FITA CARDIACA FC 500	16 ()
KIT CATARATA 3/8 6.5MM REF F.85510	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () 20 ()
LIGA CLIP 100	22 ()
LIGA CLIP 500	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()
MONOCRYL 0 REF Y967H 3.5/CM	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()
MONOCRYL 3 REF Y305 1.5/CM	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 ()
MATERIA/ MEDICO HOSPITALAR	5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()
ALGODÃO HIDROFILO	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()
A CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
ABAXADOR DE LINGUA (ESPATULA)	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()
AGULHA DESCARTAVEL Nº () 13X0.45 () 30 X0.70 ()	3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
30X0.80 () 40X0.12	SONDA GASTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
AGULHA PERITONEAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20	20 () 22 ()
AGULHA DE B/QUI Nº () 25 () 27	SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM ()	20 ()
15CM () 20 CM ()	SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
ATADURA CREPOM 10CM	20 ()
ATADURA CREPOM 15CM	SONDA CATETER TIPO OCULOS
ATADURA CREPOM 20CM	TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS
ATADURA GELADA 10CM () 15CM () 20CM ()	FRACIONADOS
BOLSA DE COLOSTOMIA	CAL SOLDADA
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()	ESPARADRAPO COMUM
9.0 ()	ESPARADRAPO ANTIALERGICO
CAPA P/ MICROSCÓPIO () CAPA P/ VIDEO ()	ETER SULFURICO
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	FORMOL 10%
DRENO DE ICKH EM T Nº 12 () 14 () 15 () 16 ()	GORDO TURBANTE
DRENO DE SUÇÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()	MASCARA DESCARTAVEL
DRENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()	POLVIDINE TÓPICO
DRENO PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()	POLVIDINE DEGERMANTE
ELETRODO DESCARTAVEL	
EQUIPO MICROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	
ESCOVA P/PI	
ESPONJA GELICIAM MEDICINAL	

Compreas grandes o/ pit / 300 2 p/les o/ pit
 cloroxido Alcool
 Alcool -

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

DISPOSITIVOS EM USO

CATETER O₂: ___ L/MIN () MASCARA O₂ - FIO₂: ___ % () VMI/TOT - Modo: ___ e FIO₂: ___ % () VMI/TQT - Modo: ___ e FIO₂: ___ % () MARCAPASSO
 CATETER VENOSO PERIFERICO ___ () CATETER VENOSO CENTRAL () CATETER PERITONEAL () SONDA VESICAL () SONDA GASTRICA/ENTERAL () OSTOMIA
 FRALDA () DRENO SUCCO: ___ () DRENO PENROSE: ___ () DRENO TORACICO: ___ () DRENO TORACICO

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

0	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmHg	Temp.:	°c	DOR:
30	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmHg	Temp.:	°c	DOR:
60	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmHg	Temp.:	°c	DOR:
90	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmHg	Temp.:	°c	DOR:
120	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmHg	Temp.:	°c	DOR:
150	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmHg	Temp.:	°c	DOR:

HORARIO: ___ h. Paciente adm na SRPA após ato cirúrgico calmo e tranquilo, SpO₂ maior que 96% em O₂ suplementar Fe. 69 bpm, pele rosada e bem quente

ASSINATURA: *Marcelle Santos Pini*
 COREN/SE 1358738-TE

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

HORARIO: ___ h. Paciente recebe alta da SRPA para a unidade de origem

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA: *Marcelle Santos Pini*
 COREN/SE 1358738-TE

MENSURAÇÃO DO INDICE 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	1				
	Capaz de mover os 02 membros	01		2			
	Incapaz de mover os membros	0			2		
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02	2				
	Dispnéia ou limitação de respiração	01		2			
	Apnéia	0			2		
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02	2				
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01		2			
	PA 50% do nível pré anestésico	0			2		
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02	2				
	Desperta se solicitado	01		2			
	Não responde	0			2		
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02	2				
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01		2			
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0			2		
IAK	TOTAL		9	10	10		

Dr. Anest. ___

LEGENDA: DCIR (0-2 leve) / (3-7 moderada) / (8-10 Intensa)

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 Salatti
- Instrumentador: Marcia
- Anestesilogista: A. Marcolle
- Circulante: Rafaela

SERVIÇO DE APOIO

- Hemotransfusão com SO SIM NÃO
- () 1ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- () 2ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- () 3ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- Anatomopatológico: SIM NÃO
- () Peça cirúrgica: _____

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 Raquianestesia 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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Interoorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: _____ h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: _____ h.

Paciente admitida na SO para realização de procedimento cirúrgico, consciente, em estado estável, em uso de suporte de vida, monitorada em GUV no momento. PA: 88x53 mmHg, FC: 70 bpm, SpO2: 99%. Realizada anestesia + ato cirúrgico. Paciente encaminhada para a SRPA em uso de suporte de vida, consciente e sob esta anestesia após ato cirúrgico.

Líndyene Silva Santos
 Enfermeira Cirúrgica
 Matr. 10240

ASSINATURA: Rafaela de Jesus Santos
 COREN-SE - 1365050 - 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

ENDEREÇO COMPLETO
Rua Jacidino dos Santos 71º 50

DATA DE INTERNAÇÃO 13/05/29	HORA DE INTERNAÇÃO 48 Hrs. 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 Salatti
Médico
CMA - 454

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO SIM NÃO MOTIVO DA REJEIÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) 06/08/29	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) CRIMSE 3686 DE 976 10R 725 20	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 Solotti 
 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



Rua Vereador Joaquim Maurício Cardoso Filho, 747, Coroa do Meio
 Cep: 49035-750 Aracaju/Se
 Telefone: (79) 3022 - 2592 / Cnpj: 06.886.136/0001-27
 E-mail: comercial@medcomcra.com.br

PEDIDO

Nº 0180

HOSPITAL: *Clínica*
 PACIENTE: *Marie Rosa de Faria dos Santos*
 CONVÊNIO: *SUS*
 LOCAL DE PROCEDIMENTO: *Posto de atendimento*
 CIRURGIÃO: *Dr. Paulo Salati*
 C.M.C.: *220818* DT EMISSÃO:
 MAT. *1092656* SENHA/GUIA: *0408030305*
 PRONT. *060* AIII
 INSTRUMENTADOR: *Andarae*

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS UTILIZADOS					
ID. MATERIAL	FABRICANTE	QUANT.	DESC. DOS PRODUTOS	P. UNIT.	TOTAL
		3	Placa 10 furos longa	4,5	
		5	Parafusos corticos nº 30		
		5	Parafusos corticos nº 40		
TOTAL GERAL					

Dr. Paulo Salati
 CRM-12345
 CREA-12345

LA DE PRODUTOS EM ORTOPEDIA, BUCO MAXILO, NEUROCIRURGIA, UROLOGIA, CIRURGIA VASCULAR E MATERIAIS HOSPITALARES

FISCAL Nº 3259.1012

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE: Maria Rosa de Jesus Nascimento MATRÍCULA: 10.92656 CONVÊNIO: SUS
 CIRURGIÃO REALIZADA: Arranjo Cirurgico do diafragma de fono DATA: 22.05.2019 CIRURGIÃO: Dr. Rafael S. S. S. S.
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
 ANESTESIA: Rapin + Sódio ANESTESIOLOGISTA: _____
 CIRULANTE: Rafael

ONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM		1 - CATH-AMARELO () AZUL () VERDE ()	
ONOCRYL 5.0 REF Y495		LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()	
ONOFYL 3.0 C2 AG. 70CM		LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()	
ONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	05	LUVA ESTERIL 7.0	
() 10 ()		LUVA ESTERIL 7.5	
DIESTER (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()		LUVA ESTERIL 8.0	
DIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()		PLACA DE BISTURI ELETRICO	
()		SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()	
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()		SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML ()	
		SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5ML ()	
CRYL Nº 0 5 AG.	05	SERINGA DESCARTAVEL 10ML	
ATGUT. SIMPLES C/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()		SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	
() 5 ()		SERRA DE GIGLI	
ATGUT. SIMPLES S/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()		SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
() 5 ()		16 () 18 () 20 ()	
ARA P/ C/SCO		SONDA CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
ETRODO DESCARTAVEL P/ MARC APASSO		16 ()	
EA CARDIACA FC 500		SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	20 ()
EA CATARATA 3/8 6.5MM REF F.85510		22 ()	
EA CLIP 500		SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	
EA CLIP 300			
ONOCRYL 0 REF Y967H 3.5/CM		SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()	
ONOCRYL 3 REF Y305 1.5/CM		4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()	
ONOCRYL 3.0 REF 8450-30			
MATERIA/ MEDICO HOSPITALAR	QNT	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 ()	4.5 ()
GODÃO HIDROFILO		5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()	
CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24			
RADIADOR DE LINHAUA (ESPATULA)		SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	3.5 ()
GULHA DESCARTAVEL Nº () 13X0.45 () 30 X0.70 ()	04	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
1X0.80 () 46X0.12			
GULHA PERIDURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20		SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	
GULHA DE P/ QUI Nº () 25 () 27	01	3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
TADURA AV/ GODÃO ORTOPEDICO 10CM ()			
CM () 20 CM ()		SONDA GASTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
TADURA CREPOM 10CM		20 () 22 ()	
TADURA CREPOM 15CM		SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
TADURA CREPOM 20CM		20 ()	
TADURA C/ESADA 10CM () 15CM () 20CM ()		SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
PLACA DE COLOSTOMIA		20 ()	
SONDA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()		SONDA CATETER TIPO OCULOS	
		TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS	
CA P/ MICROSCÓPIO () CAPA P VIDEO ()			
CAETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		FRACIONADOS	QNT
RENO DE IICERH EM T Nº 12 () 14 () 15 () 16 ()		CAL SOLDADA <i>comprada grande 11/11/11</i>	
RENO DE SUCCÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()		ESPARADRAPO COMUM	20cm
RENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()		ESPARADRAPO ANTIALERGICO <i>comprada pequena 11/11/11</i>	
RENO PENIDISE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()		ETER SULFURIED <i>comprada simples 7/11/11</i>	
ETRODO DESCARTAVEL	05	FORMOL 10%	
QUIPO NA CROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	01	GORRO TURBANTE	05
COVA P/PI	01	MÁSCARA DESCARTAVEL	06
COMPONIA GIBUCLIAM MEDICINAL	05	POLVIDINE TÓPICO	16cm
		POLVIDINE DEGERMANTE	5cm



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA-HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Maria Rosa de Jesus Nascimento MATRÍCULA: 10930512 CONVÊNIO: 6129
 CIRURGIA REALIZADA: Correção cirúrgica do defeito da perna DATA: 22/05/2019 CIRURGIÃO: Dr. Paulo Sallusti
 1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____
 ANESTESIA: Roaqui + Sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Varelle
 CIRCULANTE: Rafaela

MEDICAMENTOS	QNT	
		NORADRENALINA 8MG\4ML
		OXIDO DE ZINCO + MT. A + D (HIPOGLOS) 30G
ACIDO TRANEXAMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML		OMEPRAZOL 40MG\10ML
AGUA DESTILADA 10ML		ONDASTERONA 8MG\4ML
AMINOFILINA 24MG\10ML		PANCURONEO 4MG\2ML
ARTICLAIR 25MG\5ML - <u>Fentanil</u>	01	PENTOXIFILINA 100MG\5ML
ATROPINA 0.25\MG\ML		PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UI
BICARBONATO DE SÓDIO 0.4% 10ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) C/CASO 1200.00 20ML		RANITIDINA (ANTAX) 50MG\2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) S/VASO 0.5% 20ML		SUBGALATO DE BISMUTO 30G
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) PESADA 0.5% 20ML		SUXAMETONEO 100MG\FRASCO
CAPTOPRIL 25MG COMP.		SUXAMETONEO 500MG\FRASCO
CEFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL INJETAVEL		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML
CELESTAZINA 25MG\5ML		VANCOMICINA 50MG\ML
CEFAZOLINA 1G SOL INJETAVEL	02	EQUIPAMENTOS
CEFTRIAXONA 1G SOL INJETAVEL		APARELHO DE ANESTESIA
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO	01	BISTURI ELETTRICO BIPOLAR
CIPROFLOXACINO 200MG\100ML		CAPNOGRAFO
CISATRACURIO (NIMBRIN) 10MG\5ML		DESFIBRILADOR
CLINDAMICINA (DALACIN) 600MP\4ML		ENDOSCÓPIO
CLONIDINA SOL INJETAVEL <u>Nimbril</u>	01	ESTRIBO
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		FOTÓFORO
COLAGENASE 30G BISHAGA		LARINGOSCÓPIO
DESLANOSÍDEO 0.4MG\2ML		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
DEXAMETAZONA 4MG\2.5ML	01	MONITOR CARDIACO
DICLOFENACO 75MG\ML		OXÍMETRO
DIPIRONA 500MG\2ML	02	RAIO X
DOBUTAMINA 250MG\20ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO
ENOXAPARINA 40MG\0.4ML		GASOTERAPIA
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG\ML		AR COMPRIMIDO
ETILEFRINA (EFORTIL) 10MG\ML		GÁS CARBÔNICO
FLOSCINA (FLISCOPIAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML		OXIGÊNIO
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		PROTÓXIDO DE AZOTO
IMPINEM - CLASTINA (TIENAM) 500MG\120ML		VÁCUO
ISOTALAMATO DE MEGLUMINA (TELEBRIX)		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
LIDOCAÍNA (S/VASO) 1% () 2% ()		ÁGUA DESTILADA 1000ML
LIDOCAÍNA 10% SPRAY 50ML		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML
LIDOCAÍNA GELEIA (BISHAGA) 30G		SORO RINGER + LACTATO 500ML //
LIDOCAÍNA + EPINEFRINA (C/VASO) 20ML -		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML
1% () 2% ()		SORO Glicosado 5% 500ML
METOPROLOL 25MG COMP. <u>Hibergorm</u>	01	SORO Glicosofisiológico 5% 500ML
METOPROLOL 50MG COMP.		FIOS CIRÚRGICOS
METRONIDAZOL 500\MG\100ML		ACQ MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML		EQUIPO MICROGOTAS-QNT () EQ (HPO) P\ TRANSFUÇÃO-QNT ()
MOSTIGMINA 0.5\MG\ML		EQUIPO AMBAR - QNT ()
MODÃO (VAG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL
MODÃO (VAG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS
MATGUT CIOM. (VAG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()
CATGT CROM. S\VAG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		IRRIGADIX 4 VIAS



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
 CIRURGIA REALIZADA: Redução Aberta + Fixação
 CIRURGIÃO: Dr. Paulo ANESTESIOLOGISTA: _____
 AUXILIAR: Dr. V. 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 + ultrassom + rai
- (2) Acesso ao ferimento
- (3) Redução da fratura + fixação com placa e parafusos
- (4) Curativo
- (5) Intervenção

22/07/14

Dr. Paulo Salotti
Médico
CRM 4451

Atendimento 1092658
 Nome MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
 Tp. Atend Internamento
 Endereço RUA EGIDIO DOS SANTOS
 Cidade
 Sexo: Feminino
 Leito MED GER. C05-Ortopedia II

Convênio Sus Intern
 Med. Sol: Paulo Márcio De Carvalho Salotti
 Bairro:
 Telefone: 96559429
 Idade: 44 anos

Orto II
 (COS)

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 19/05/2019 13:17

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

A) Eritrócitos 3,64 milh./mm³
 B) Hemoglobina 10,4 g/dl
 C) Hematócritos 32 %

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

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M 87,91 fl
 B) H.C.M 28,57 pg
 C) C.H.C.M 32,5 g/dl
 D) R.D.W 14,1 %

82 - 95
 26 - 34
 30 - 35
 10 - 15

LEUCOGRAMA

A) Leucócitos (global) 12.700 /mm³
 B) Contagem diferencial
 Segmentados % /mm³
 Eosinófilos 65.6% 8331.1
 Basófilos 03.5% 444.5
 Linfócitos 01.0% 127.0
 Monócitos 22.4% 2844.8
 07.5% 952.5

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

PLAQUETASValor Encontrado 277.000 /mm³150.000 a 400.000/mm³Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0848Anne Regina P.C. Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Manna Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Raiton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

Atendimento	1092656	Convênio	Sus Interno
Nome	MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO	Med.Sol:	Paulo MÁrcio De Carvalho Salotti
Tp.Atend	Internamento	Bairro:	
Endereço	RUA EGIDIO DOS SANTOS	Telefone:	96559429
Cidade		Idade:	44 anos
Sexo:	Feminino		
Leito	MED GER. C05-Ortopedia II		

TEMPO DE PROTOMBINA

Data Coleta:19/05/2019 13:17

Material:Plasma
Metodo:Automatizado

		Referência
TEMPO DE PROTOMBINA	11,2	10,0 a 14,0
PROTOMBINA (ATIVIDADE)	100	70 a 100%
INR	0,9	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

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1985Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anna 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 7909

Atendimento	1092856	Convênio	Sus Interno
Nome	MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO	Med.Sol:	Paulo MÁrcio De Carvalho Salotti
Tp.Atend	Internamento	Bairro:	
Endereço	RUA EGIDIO DOS SANTOS	Telefone:	96559429
Cidade		Idade:	44 anos
Sexo:	Feminino		
Leito	MED GER, C05-Ortopedia II		

UREIA

Data Coleta: 19/05/2019 13:17

Material: Soro
Metodo: Enzimático Colorimétrico

RESULTADO

24 mg/dl

ReferênciaAdulto: 17 - 43 mg/dl
Criança: 11 - 45 mg/dlMônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna 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 Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Raiton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909



nirhuse.crl <nirhuse.crl@gmail.com>

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

CRL CRE <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>

13 de maio de 2019 16:42

Para: nirhuse.crl <nirhuse.crl@gmail.com>, Cirurgia HC <regulacaohc@gmail.com>

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 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.

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE
EQUIPAMENTO 1

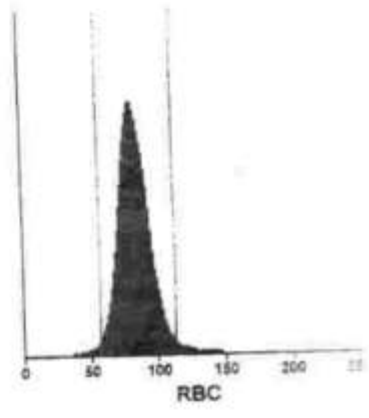
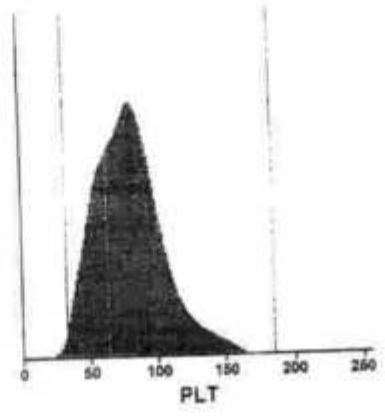
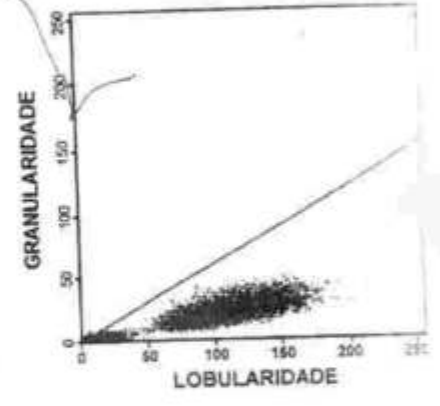
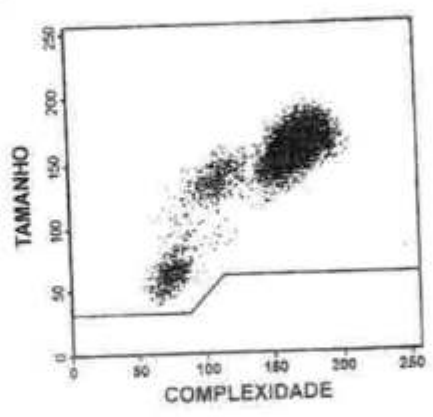
Ag Diagrama
Amoest No_ID
Nome Pac MARIA ROSA DE JESUS
Pac VERDE TRAUMA

Tipo Am Patient
DN 30/12/1974 Sex Fem
DT/HR Coleta
Obs 1
Obs 2

SEQ# 1461 IDOP Admin
Corrida 13/5/2019 1:13
Test CBC
Modo Aberto Param 2
Limites Fem Universal

Notação

WBC	15.1	10e3/uL
	13.2	87.3 %
	1.12	7.40 %
MONO	726	4.80 %
	0.00	0.00 %
BASO	079	.521 %
RBC	4.29	10e6/uL
HGB	11.7	g/dL
HCT	36.2	%
MCV	84.5	fL
MCH	27.2	pg
MCHC	32.2	g/dL
RDW	12.5	%
	257.	10e3/uL
	5.70	fL



Jamir
13/5/19

DIFERENCIAL MANUAL		MORFOLOGIA HEM	
NEU	META	NORMAL	MICRO
BAND	MIELO	POLICROM	MACRO
LYM	PRO	HIPOCROM	ANISO
MONO	BLASTO	POIQ	BASOPONT
EOS	LIN VAR	ALVO	
BASO	GRANTOX	ESFERO	NRBC
NOTA			
DIF POR		DATA	

INTERPRETAÇÃO
LEUC HEM PLT

ANORMAL DEF. POR USUÁRIO :
Leucocitose
Neutrofilia
PLT Microcítica

LIM. REF			
WBC	3.70-10.1	RBC	3.60-4.69
NEU	1.63-5.96	HGB	10.8-14.2
LYM	1.09-2.99	HCT	37.7-53.7
MONO	240-790	MCV	81.1-96.0
EOS	0.30-0.440	MCH	27.0-31.2
BASO	0.00-0.080	MCHC	31.8-36.4
		RDW	11.5-14.5
		PLT	155-366
		MPV	6.90-10.5

LAB HUSE
Resultados por amostra

13-05-2019 12:22:47

sh: 51E-0300521

ver: 2.0.0.166

Medir	Interpolado	Relação	INR	Comentários
31.1 s		0.97 r		(R) FI
14.4 s	100.0 %	1.00 r	1.00 INR	(B) (R) FI

Opinion
ERBY DBL

Ativ. não validada manualmente (ID)
 Ativ. não validada manualmente
 Ativ. não validada manualmente
 Ativ. não validada manualmente

(G) Resultado revisado sem usar qualquer
 (C) Erro de CV
 (D) Duplicado
 (R) Repetição

(I) Há avisos
 (L) Resultado fora do intervalo de normalidade
 (N) Teste não validados

CN Cancelado
 PE Pendente
 PR Em andamento
 FI Concluído
 RV Revisado
 EX Excluído

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 13 10/2019

NOME: *Mario Roro de Jesus Nascimento*

ALA: *V. Trauma* LEITO: GÊNERO: *F* IDADE: *44*

DIAGNÓSTICOS: *Fratura Distal do Fêmur D.*

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO-LIVRE	
2	AVP PERVIO	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
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	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		
23		

Antônia Francisca Capistrano
Ortopedia / Traumatologia
CRM 850



GOVERNO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Fx femur @ (diálise)



PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

12/05

Nome: Monica Rosa Ex. João Norimur Idade: _____ Data: 13/05/19

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
		Neto oral 10mg	SND
		SFO, 9/1. 500ml @ 1/12	500 500 500
		Amoxicilina 250mg + 125mg @ 6/6h	24 06 12 18
		Propranolol 100mg + 100mg @ 12/12	02 @ 14
		Paracetamol 1000mg + 100ml SFO @ 1/12	06 14 22
		Plavix 100mg + 100mg @ 1/12	SOS
		Cloxacina 400mg @ 1x/du	20
		Amoxicilina 100mg @ 6h do almoço	06 F
		Solução PV-01	
		SSW+CC 66 6/6h	

SECRETARIA DE SAÚDE
PRONTO SOCORRO

Paciente prescrito no dia 12/05 às 21:30h

Roberta Amador P. de F. Barros
CRM 17983 - ENB

Paciente : MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
Convênio : BANESE CARD
Protocolo: 1522192 / 1
Exame : ESCANOMETRIA

Idade : 45 anos
Página: 1
Data : 11/09/2020

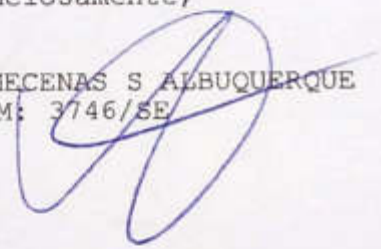
ESCANOMETRIA (MÉTODO DE FARILL)

	D	E
FÊMUR (CM)	31,9	32,6
TÍBIA (CM)	27,0	27,3

Pelo método de Farill, o membro inferior direito é cerca de 1,0cm mais curto do que o esquerdo.

Atenciosamente,

Drº. VICTOR MECENAS S ALBUQUERQUE
CRM: 3746/SE



A interpretação de qualquer resultado laboratorial requer correlação de dados clínico-epidemiológicos, devendo ser realizado apenas pelo(a) médico(a).

Matriz: Av. 13 de Junho, 695 - TEL: (79) 3421.5000 - 99987.9334 - Itabaiana/SE - CEP: 49503-015

Filial: Rua Simplicio Francisco de Souza, 202 - TEL: (79) 3411.3200 - 99856.0015 - Nossa Senhora da Glória/SE - CEP: 49680-000



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro: *Delimitação de Capacidade Nº= 00.118594/2019-A-01*
 Nome do paciente: *MARCOS RASIA DE JESUS NARCIZO* Data de nascimento: *30/12/1974*
 Data do início do tratamento / Acidente: *12/05/2019*

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Acidente viário de trânsito ocorrido em 12/05/2019, com vítima, vítima de acidente de trânsito, com lesões em membros superiores e inferiores, sendo que a lesão em membro superior direito foi tratada cirurgicamente. Após a cirurgia, o paciente foi encaminhado para o Hospital Regional de Curitiba, onde recebeu tratamento e suporte clínico. Foi realizado fisioterapia e suporte de fisioterapia ao membro superior direito. Após 13/05/2019, foi encaminhado para o Hospital de Curitiba para fazer a cirurgia de correção da lesão do membro superior direito.

2 - Data / Tratamento Realizado:

13/05/2019, 14/05/2019, 23/05/2019.
Acidente viário de trânsito em Hospital de Curitiba, com lesão de membro superior direito, após a cirurgia de correção da lesão do membro superior direito.
Procedimento: fisioterapia nos membros superiores e inferiores. Realização de fisioterapia e suporte de fisioterapia ao membro superior direito. Foi realizado fisioterapia e suporte de fisioterapia ao membro superior direito.
Em 13/05/2019, o paciente foi encaminhado para o Hospital de Curitiba para fazer a cirurgia de correção da lesão do membro superior direito.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

12/05/2019
Radiografia de correção da lesão do membro superior direito
feito

Renato Teixeira CRM 1450
 Ortopedista - Traumatologia
RT

06/10/2021

 Data

_____ Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

- 12/05/2019
- 1º - ATENDIMENTO no CONSULTÓRIO DO DR. RENATO TEIXEIRA.
 - 2º - ATENDIMENTO HOSPITAL REGIONAL DE ITAPORANGA/SE
 - 3º - ATENDIMENTO no HUSP
 - 4º - ATENDIMENTO HOSPITAL DE CARAGUATUBA.

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

Vulso no Exame Anxo

- Vulso de qual Permanente de Encastamento do MIO
- Vulso Para Ausc do Arco de Movimento de Flexão do Joelho Direito
- Vulso Para Ausc Mesorista do Arco de Movimento do Joelho Direito
- Vulso de qual Permanente de Pós-Ausc da Pelve de Suspensão de Pós-Cirurgia Morte Chuvante
- Vulso de qual de Pós de Função de Arco Morte Catuaco, em 2015 do MIO.

- 6 - Alta definitiva do tratamento: 1 10/2020
- 7 - Data do Exame do Paciente 1 06/09/2021
- 8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico Renato Teixeira		Nº do CRM 1450	Fone: (079) 3211-5368	
Endereço Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número 598	Cidade Aracaju	Estado Sergipe	

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

06/09/2021

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

Assinatura e Carimbo



ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DE SERGIPE



Maria Rosa de Jesus Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

ARAÇAJU-SE

DATA DE NASCIMENTO

30/12/1974

DDD ORIGEM

CT. NASCIM.

NR 87779 LV 69 FL 68

EMIT. DOF. DIST. COM. ARAÇAJU-SE

009.215.085-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/06/93

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

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



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) 981358159	
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

Receptor

Assinatura Documento

PM 48458030 8 BR




MBM
SEGURADORA

03 DEZ 2019

DPVAT / RJ


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: 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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: 12/12/2019

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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 - OSTEOSÍNTESE (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

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 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435625/19

Número do Sinistro: 3190680282

Vítima: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

CPF: 009.215.085-30

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Laudo do IML - Lesões corporais

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: 22/11/2021
Nome: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
CPF: 009.215.085-30

MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2021
Nome: Julia Rafaela Souza Salles
CPF: 157.083.847-00

Julia Rafaela Souza Salles

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 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