	<p>Protocolo Nº 20230814183806650</p> <p>Sua solicitação foi enviada à 2ª Vara Cível de Itabaiana da Comarca de ITABAIANA, às 14/08/2023 18:38:53, por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	---

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 202352100258

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem		
Número 202352100258	Classe Procedimento Cível	Competência Comum 2ª Vara Cível de Itabaiana
Guia Inicial 202310200852	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 23/02/2023

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	00921508530	Maria José de Jesus Nascimento
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LIDER

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2881315_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.pdf	Petição
2	2881315_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02_compressed-1-50.pdf	Outros documentos
3	2881315_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02_compressed-51-80.pdf	Outros documentos
4	2881315_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02_compressed-81-137.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

Imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITABAIANA/SE

Processo: 202352100258

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA JOSE DE JESUS NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITABAIANA, 8 de agosto de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
OAB/SE 2592



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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)
AGÊNCIA: 0561 013 CONTA: 00140217 02
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) 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

NOME: MARIA ROSA DE J NASCIMENT

poupança

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

Em testamunho _____ da verdade
Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escrivente Autorizado)
Valor Total R\$ 3,44
Selo T/SE - 201929666014609, 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: Garçã Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Rosa Josefa de Jesus Nome do Pai: José Bispo do Nascimento

Documento(s)

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

Endereço

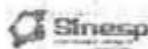
Município: Itabaiana - SE
Logradouro: RUA EGÍCIO DOS SANTOS Nº: 60
Bairro: CENTRO
Telefone: (79) 99655-9423 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

QUE, no dia 12 de maio do corrente ano, por volta das 17:30 horas, a declarante transitava a pé pelo acostamento da BR 235, próximo ao Supermercado Assai, nesta cidade, quando foi atropelada por um carro (não sabe informar detalhes acerca do veículo); QUE, em instantes, a declarante foi socorrida por uma ambulância do SAMU, que a conduziu ao hospital local, de onde foi transferida ao HUFH, 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 DFVA.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 118594/2019

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

ASSINATURAS

Marisa da Silva Santos
 Responsável pelo Atendimento

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

Todo o conteúdo divulgado no site do Portal da Transparência ou em qualquer outro meio eletrônico, bem como as informações aqui apresentadas a respeito das ocorrências registradas, são de caráter estritamente pessoal e confidencial, não podendo ser divulgadas para terceiros, sob pena de aplicação das sanções previstas no Artigo 31º da Constituição Federal e no Artigo 340 da Constituição Federal do Brasil.



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

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

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



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)
AGÊNCIA: 0561 013 CONTA: 00140217 02
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? 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

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

Autêntico a presente cópia reprográfica conforme o original e mim apresentado, no dia 04/08/19

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

Em testemunho _____ da verdade

Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escrivão Autorizado)

Valor Total: R\$ 3,44

Selo TJ/SE: 20192968014810. Acesso:

<https://www.tjse.jus.br/sisbr/qcm>

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escrivão 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, 307 CASA - MUTAÇÃO
ITABAINA / SE CEP: 4900000 (AG: 33)



Ligação MONOFÁSICO
Cid/Obc: RES MTC 01 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 2 - 30 - 100 - 664 Referência: Nov / 2019
Medidor: E5011729226 Emissão: 05/11/2019

ENERGISA SERGIPE DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Manoel Gomes Sales, 91 - Itasco Barbudo
Aracaju/SE - CEP 49040-100
CNPJ 12.917.802/0001-43 Insc. Est. 271.749.408
Nas Fecais: Conta de Energia Elétrica Nº 019.296.205
Cód. por Dist. Automática: 0006873278

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
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, nosso atendimento virtual do WhatsApp?
Se você não quiser com informações, envie seu e-mail para: energia@energisa.com.br
ou envie a segunda via da conta de energia e nós faremos o possível.
Salve nosso número e nos chame sempre que precisar.
79 99101-0715

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
07/10/19	5706	05/11/19	5795	

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Coef. Adq.	Consumo	Tarifa	Coef. Adq.	Valor	
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	XCMS	Fatores (R\$)		Cálculo (R\$)		
0001	Consumo até 20 kWh/BR	30,000	0,187110	5,61	0,05	0	0,00	5,21	0,05	0,26
0001	Adic. B. Alarico			0,12	0,00	0	0,00	0,12	0,00	0,00
0001	Adic. B. Vermelho			0,07	0,00	0	0,00	0,07	0,00	0,00
0010	Subsídio			17,81	0,00	0	0,00	10,21	0,11	0,40
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0991	CREDITO A COMPENSAR 11/2019			-8,39	0,00	0	0,00	9,00	0,00	0,00
0998	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
Tarifa de Tributo Afetado: 0,170253

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
00	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				Contribuição de Consumo		
SITIO ITABAINA				Valor (R\$)		
	Limites da ANEEL	Apuração	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	5,43	0,00	NORMAL	Serviço de Dist. de Energia Elétrica	0,26	100,00
DISTRIBUIDOR	10,86	0,00		CONTRATADA		
ANUAL	31,73		0,00			
SEMESTRAL	3,30	0,00		LIMITE SUPERIOR		
TRIMESTRAL	6,72		0,00			
ANUAL	13,44	0,00		0,00		
DIÁRIO	3,11		0,00			
DIÁRIO	12,22	0,00		0,00	Total	0,26

ATENÇÃO

- 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.

Pagamentos em atraso

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 por departamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA.

CIRURGIA
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 rebondir por aperturas

(11).57h

27/06/19

Dr. Paulo Solom
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>



1000



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: Maria Fosse de Jesus Macedo

#Relatório médico

Para a tuberculose a tratar
urgente do fígado do fígado do fígado

2 maio de 2019

Evitar-se e recuperar

10/10/19

(17).572

10/10/19

Dr. Paulo Salotti
Ortopedia
CRM: 44511/EST-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 reprográfica 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/SE
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
Selo T.J.9E. 201929688014513, Acesso
<http://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: 06-3UTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
 IDADE : 44 ANOS NASC: 30/12/1974 DOC...: 1276082
 ENDEREÇO : RUA EGIDIO DOS SANTOS SEXO...: FEMININO
 COMPLEMENTO : BAIRRO: NUMERC: 50
 MUNICIPIO : ITABAIANA UF: SE CEP...: 49500-00
 NOME PAI/MAE : JOSE BISPO DO NASCIMENTO /ROSA JOSEFA DE JESUS
 RESPONSÁVEL : 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:

1. Trauma por queda de altura em uma escada (no banheiro) por volta de 10h00. Perda de consciência por alguns minutos. Não houve vômito, náusea e dor de cabeça. Pulso e pressão normais. Sem ferimentos visíveis.

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Analgésico conforme necessidade
 2) Analgésico conforme necessidade
 3) Paracetamol 1000mg + 1000mg 12/24h

Dr. Ricardo R. de Oliveira
 Clínica Geral
 CRM 4103

SAÍDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAÍDA:

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Paca Oatobara - Fratura Fechada Fêmur
 Est. Internamento

Dr. Márcio Costa Vieira Filho
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 4257

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

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. 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
Motivo Solicitado: NAO INFORMADO
Justificacao.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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



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



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 24h sem dor
 há melhora após 24h
 Cd: 13/05/19*

	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	Profenic, 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 4172

13/05/2019

*Transferido para Lit. 405 - 13/05/19
 Transferido às 07:40h p/ Hospital
 Fractura de fêmur direito*

AV. TREZE DE JUNHO, 695

ORDEN 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-TAMIRES
 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				

CPF 49503.438

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: 2019000

00002280Código Verificação
LY37-RTU1**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

Email

semedi@infonet.com.br

CPF/CNPJ

00.057.071/0001-20

Inscrição Municipal

1879

Inscrição Estadual

ISENTO

Simples Nacional

Não

Incentivador Cultural/Fone/Fax

Não**(79) 3421-5000**

Endereço

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

Nome/Razão Social

MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

CPF/CNPJ

009.215.085-30

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

Endereço

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

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
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

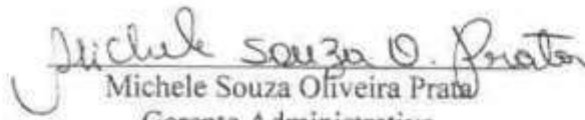
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

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 solicit : 980018294820869
CNS : 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 Telefone : (79)9965-59429 Muda Proc.?: NÃO
Município : 280290 - ITABAIANA UF : SE CEP : 46500-000

Procedimento solicitado : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Procedimento principal : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. principal : S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Complementar :
Carater atendimento : 02 - URGENCIA
Data internação : 13 / 05 / 2019 Data saída : 24 / 05 / 2019 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : AIH Posterior :

[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	980016276586264	225151(8)	3359948	3359948	1	05/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	10	05/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
6	0302040021	980016287944507	223605	0002283	0002283	5	05/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
8	0302040021	206790629170008	223605	0002283	0002283	5	05/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

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

VALORES DA PRÉVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	48,70						48,70
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	725,17			74,34	123,38		922,89
08.02.01-DIARIAS	48,57						48,57
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 # Otorrin
Fratura fechada tíbia (D) da articulação com
Nega Ressonância. Nega Distúrbios
C/Ex. Exame normal

Dr. Márcio Costa Vieira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25777/2012

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

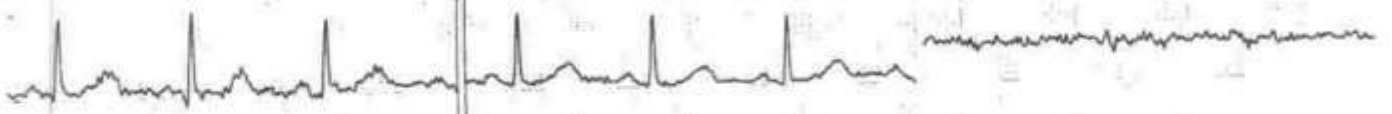
Data: 13/05/2019

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° 1.076088, abaixo assinado, confirmo que fui orientado sobre o risco de queda e me comprometo em colaborar com as ações que visam minimizar este risco.

Data: 14/05/2019

Assinatura do paciente e/ou acompanhante:

Maria Rosa de Jesus Nascimento

Assinatura da enfermeira:

[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: Cinetico

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 Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Raíton 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:	98559429
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

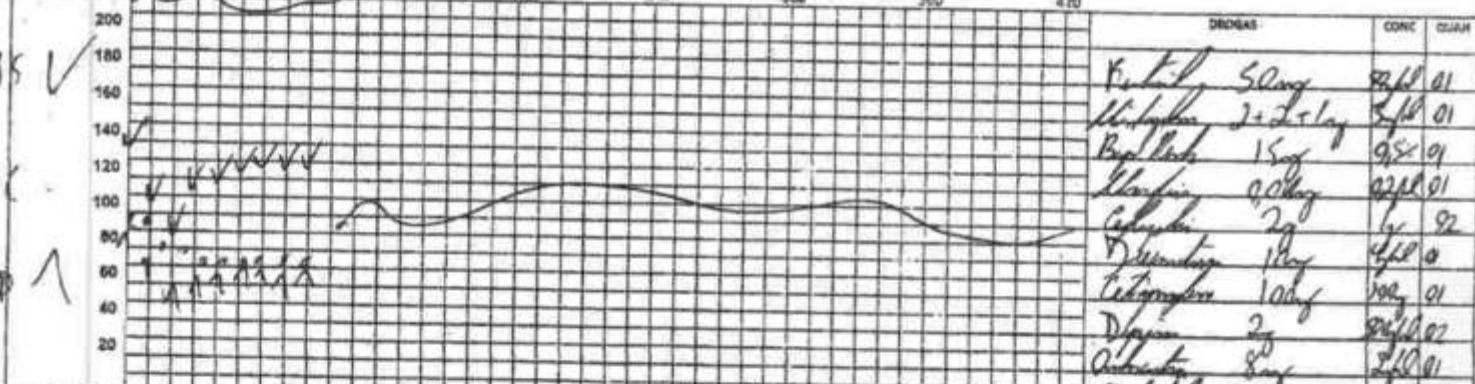
DATA: 22/05/19

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: Manoella e Danilo (CCK)
 1º AUXILIAR: Vinícius 2º AUXILIAR: Vinícius
 DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura distal da fêmur D.
 DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Fratura distal da fêmur D.
 CIRURGIA PROPOSTA: Tratam. Cirúrgico 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 OXIMETRO PULSO CAPNÓGRATO PAM NÃO INVASIVA VENTILADOR

FLUÍDO: 2000 3000 4000



DRUGAS	CONC	QUANT
Ketalar 50mg	80	10 01
Morphina 2+2+2mg	5	10 01
Propofol 15mg	95	09
Clonidine 0,05mg	02	10 01
Codeína 2g	1	92
Dexametasona 10mg	4	10 01
Petromax 100mg	100	01
Dipiron 2g	02	10 02
Atorvast 8mg	2	10 01
Epineph 2+2	10	10 01

ANOTAÇÕES:
 Sedação + Respiratória
 @ Clonidine 0,05mg
 @ Propofol 15mg
 @ Ketalar 50mg
 @ Codeína 2g
 @ Dexametasona 10mg
 @ Dipiron 2g
 @ Atorvast 8mg
 @ Epineph 2+2

AGENTES ANESTÉSICOS:

TÉCNICA: Sedação + Respiratória

INDUÇÃO: VENOSA POSIÇÃO: SENTADO LOCAL PUNÇÃO: 24-25 LÍQUIDO RETIRADO: Vinipub

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. Alérgic, Tgema OK, ASAT,

2 Samples
3 copies
of Integ

Lot: 2
Aut: 1

E: 21 (05) 19
V: 28

Lot: 230
Aut: III

~~W/ST. 6. 10. 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
A 28/5/19
A 28/5/19

Volume 26768

Lot: 287
Aut: 03
EX. Medio Pente 33 Pcs
E-21105119
V-28105119
Ginlich
(48855)

Triform 227
Aut: 20/5/19



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME:	Maria Rera de Jesus Nascimento
NUMERO DE INTERNAMENTO:	109.2656
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:	Correção cirúrgica de diáfise da fêmur
CIRURGIÃO:	Dr. Paulo Salloti
ENFERMEIRO:	Jordana L. Lima
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 _____

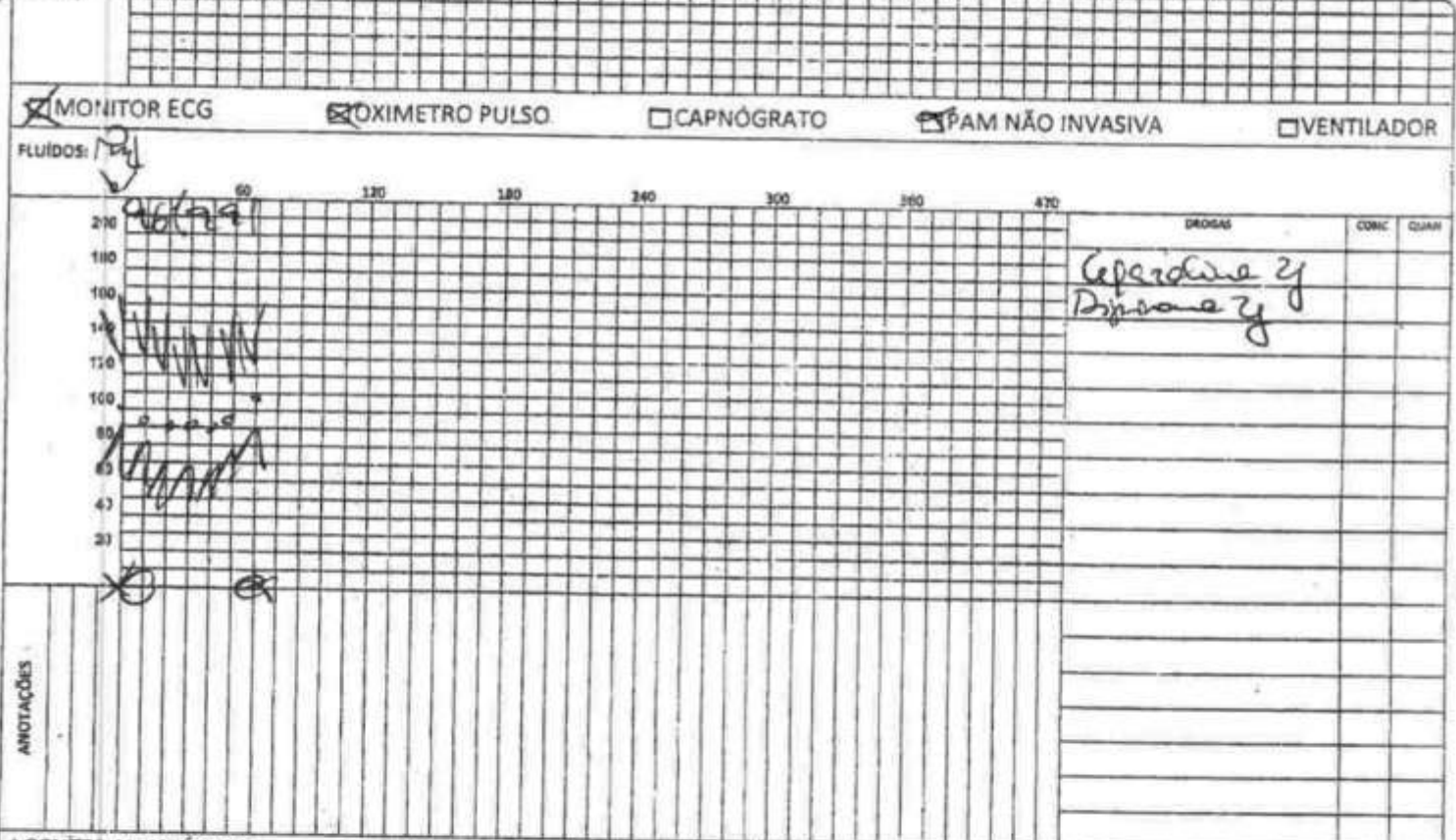


COLABORADORES: Enfermeiros João e Jucivalda desde 27/06/2016

Obs.: permanecer junto ao prontuário

PACIENTE: Maria Rose de Jesus Vasconcelos			MATRICULA: 1092656			CONVÊNIO: SUS		
IDADE:	SEXO: F	COR: p	ENF:	QUARTO:	LEITO:	APTO:		
CIRURGIÃO: Dr Luciano Pavesi				ANESTESISTA: Dr. Andre P. Augusto				
2º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:				
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura lateral D.								
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mano.								
CIRURGIA PROPOSTA: Tressão transesquelética								
CIRURGIA REALIZADA: A resaca						CÓDIGO CIRURGICO		
PRÉ-MEDICAÇÃO: Lidocaina 2mg						HCRA:		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~~



AGENTES ANESTÉSICOS: Propofol 100mg + fentanyl 100µg

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

INDUÇÃO: EV. POSIÇÃO: *prone* LOCAL PUNÇÃO: _____ LÍQUIDO RETIRADO: *02 100ml*

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

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 30 CONSCIÊNCIA: *Sadelta, acordado ao chamado. Curva melhora.*

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

OBSERVAÇÕES: *Paciente orientado de 1º grau. Use pedáculos em de náusea, vômitos, ataxia*

Exames mel - 8º de

ASSINATURA DO ANESTESISTA: *Dr. Andre 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-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

B. E. / BIPOLAR

SERRA ELÉTRICA

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

TRÉPANO ELÉTRICO

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

fratura de fêmur em dubito
descrit
A fratura, sustentada, colocada após
redução fechada, fixada com 2
1/2 pinos fechados.
Curação
gustosa de fratura contínua.

10/25/2019
DATA

MOD. 042-HCAL

Luciano Passos de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRMSE 866

ASSINATURA DO CIRURGIÃO



Criador Joaquim Mauricio Cardoso Filho, 747, Coroa do Meio
 Cep: 49035-750 Aracaju/Se
 Telefone: (79) 3022 - 2562 / Cnpj: 06.886.136/0001-27
 E-mail: comercial@medcomcrs.com.br

PEDIDO

Nº 0170

PITAL: *Clínica* C.M.C. DT EMISSÃO: *11/05/19*
 PIENTE: *Maria Rosa de Jesus* MAT. *1092656* SENHA/GUIA:
 ENDIMENTOS SLS: *Instrumento de* INSTRUMENTADOR: *Dr. Leonardo* AIB:
 ORÇÃO: *Dr. Leonardo* INSTRUMENTADOR:

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS UTILIZADOS

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: 102368005/0 </p>					
<p><i>Luclano Passos de Sousa</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-SE 866</p>					
TOTAL GERAL					

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

FERRAPE 79-3029.1012

e 5 campas
c 3 capelas, o bntag

e 1510914
v 2710914

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:	Dr. André
INSTRUMENTADOR:	André
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 fixado 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								38							
190								36							
180								34							
170								32							
160								30							
150								28							
140								26							
130								24							
120								22							
110								20							
100								18							
90								16							
80								14							
70								12							
60								10							
50								08							
40								06							
30								42,0							
20								41,5							
340								41,0							
320								40,5							
300								40,0							
280								39,5							
260								39,0							
240								38,5							
220								38,0							
200								37,5							
180								37,0							
160								36,5							
140								36,0							
120								35,5							
100								35,0							
80								34,5							
60								34,0							
40															
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*
CORENISE 379.405 - ENF

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de Dados

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento
 IDADE: 44 LETO: C5 REGISTRO: 10928686
 DATA: 13/15/19 HORA: 16:00
 SEXO: MASCULINO FEMININO DIH: 13/15/19

ÓSTICOS MÉDICOS:
frat. de femur

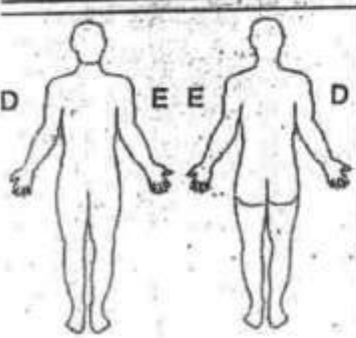
ESPECÍFICO:
INDICADORES DE GRAVIDADE

ÁREA: Normal Tubo endotraqueal Traqueostomia
 VENTILAÇÃO: Espontânea Ventilação Mecânica Aporte de oxigênio
 PA bpm: 0 FR: 16 lpm PANI: 0 mmHg Temperatura: 36.2 °C Sat. de O₂: 99 % PAM: 120x40 mmHg
 mmHg PIC: 0 PIA: 0
 a de Coma de Glasgow: [MRO: 0 + MRV: 0 + MRM: 0] Escala de RASS: 0 Escala de Dor (0-10): 6

HISTÓRICO DE QUEDAS	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	Pontos:
Não <u>0</u> Sim <u>15</u>		Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional da Saúde <u>0</u> Muletas, Bengala ou Andador <u>15</u> Mobilidade Paralela <u>30</u>	Pontos: 0 a 24 risco baixo: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: 45 a 48
DISPOSITIVO ENDOVENOSO	MARCHA	ESTADO MENTAL	Pontos:
Não <u>0</u> Sim <u>20</u>	Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas <u>0</u> Fraca <u>10</u> Comprometida ou Desbalanceada <u>20</u>	Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação <u>0</u> Superstima capacidade ou Esquece limitações <u>15</u>	Pontos: 0 a 23 risco baixo: 0 a 15 médio: 16 a 23 alto: 24 a 30
PERCEÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE	Pontos:
Completamente limitada <u>1</u> Muito limitada <u>2</u> Moderadamente limitada <u>3</u> Nenhuma alteração <u>4</u>	Constantemente úmida <u>1</u> Frequentemente úmida <u>2</u> Ocasionalmente úmida <u>3</u> Raramente úmida <u>4</u>	Acamado <u>1</u> Restrito à cadeira <u>2</u> Caminha ocasionalmente <u>3</u> Caminha frequentemente <u>4</u>	Pontos: 0 a 12 risco baixo: 0 a 6 médio: 7 a 12 alto: 13 a 18
MOBILIDADE	NUTRIÇÃO	FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Pontos:
Completamente imobilizado <u>1</u> Muito limitado <u>2</u> Moderadamente limitado <u>3</u> Nenhuma limitação <u>4</u>	Muito pobre <u>1</u> Inadequada <u>2</u> Adequada <u>3</u> Excelente <u>4</u>	Problema <u>1</u> Problema Potencial <u>2</u> Nenhum problema aparente <u>3</u>	Pontos: 0 a 3 risco baixo: 0 a 1 médio: 2 a 3 alto: 4 a 6

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
20/5	21/5	22/5	23/5	/	/	/

D1 Risco de quedas relacionado à mobilidade física prejudicada.	Y	Y	Y	Y		
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:

NA: NÃO APLICÁVEL

	MANHÃ	TARDE				
	N1	N2	N3	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. 3 REF.	ENF. 4 REF.	ENF. 5 REF.

Nome: Maria Kora De Jesus Nascimento
 IDADE: 44 LEITO: C5 REGISTRO: 1092656 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 Inaccessível
 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:
 Dur 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 Inaccessível
 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. Ketlim de membro
 17:00 Adm. duplone de hipotensão
 18:00 Adm. Prescrição de hipotensão
 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

HOSPITAL CIRURGIA
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 05/05/2019 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
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 9-EVAUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 10-DUREZA: Ausente: horas Presente: vezes
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Discutidade
 Alterações na urina:

03 Paciente encaminhado para o leito em sala de AUF após dar de alta em sala de espera, medicação prescrita para 08:00, 09:00, 10:00, 11:00 e 12:00. Paciente recebeu medicação conforme prescrição.

Assinatura e Identificação da Enfermeira
 Tel: 3248-1111

DATA: 05/05/2019 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
 4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso
 7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero
 9-EVAUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 10-DUREZA: Ausente: horas Presente: vezes
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Discutidade
 Alterações na urina:

13:00 Paciente encaminhado para o leito em sala de espera, medicação prescrita para 13:00, 14:00, 15:00, 16:00, 17:00 e 18:00. Paciente recebeu medicação conforme prescrição.

Assinatura e Identificação da Enfermeira
 Tel: 3248-1111

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, vesti-
 zado curativo pelo equipe de limpeza de enfermagem com 2 professo-
 10:00 Operaciã lanche, embebido preferido 100g.
 11:00 Administração deipone 10mg IV.
 12:00 Administração Keftem 1g IV.

Assinatura e identificação
 Dayane Santos Bezerra
 Têc. de 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 Seces tranquele.
 14:00 Aférisis SSVU, mesclada com mineral 10ml VO
 15:00 Operaciã lanche, renovado AUP em NSA com G 20
 17:00 Administração deipone 10mg IV.
 18:00 Administração Keftem 1g IV, renovado isotermia.

Assinatura e identificação
 Dayane Santos Bezerra
 Têc. de 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-IVACUOÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

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

Dor Ardor Dificuldade

Alterações na urina: _____

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inconsciente

6-TESTÃO POR PRESSÃO: Sim Não

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

2-CUMPRIMENTO: Desacompanhado Familiar Profissional

1-RECURSOS: Cadeira Escada Uberso

19:00 no Sítio em OD, em PEI, o paciente, em Tabela, apresenta alteração de volume respiratório, com uso de AVE em anti-
 pressão D, com Anotonomias, quando da troca de gases em geladeira. ETSR 16/05/08
 00:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 01:00 Siga-me teste, queixa-na de dor. Admitido 100mg + 10ml 5% O₂. 505, conforme Kasam, Hospital de Curitiba
 Enfermeira
 COPEN-GE 504738

20:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 21:00 Siga-me teste, queixa-na de dor. Admitido 100mg + 10ml 5% O₂. 505, conforme Kasam, Hospital de Curitiba
 Enfermeira
 COPEN-GE 504738

22:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 23:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 24:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08

25:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 26:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 27:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 28:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 29:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 30:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08

31:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 32:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 33:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 34:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 35:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 36:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 37:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 38:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 39:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08
 40:00 Verifique 55V, mesmo volume, neuromuscular, e vital, supine. ETSR 16/05/08

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
20080516

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: Dor Ardor Dificuldade
 Alterações na urina:
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

DATA: 07/00/44 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: Dor Ardor Dificuldade
 Alterações na urina:
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

DATA: 16-05-2019 19:00 h

13:30 Paciente retomou do ee após de moça calma em uso de medicação, trocou fralda

14:00 Paciente se queixando de alergia, adm. tramal de horário

15:30 A leitou lanche oferecido

17:00 em repouso no leito

18:00 adm. Keplim e dipirona de horário, acetou fontos oferecidos, realizado troco de fraldas

Segue montemodo quadro

Assinatura e identificação

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento
 IDADE: 64 LEITO: C05 REGISTRO: 1092656 UNIDADE: 049 I C 05

DATA: 07:00 às 10:00 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. SONDA 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.						

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

Dheyzom S. Dantas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 5461

Jaime 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

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</u>						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>12</u>		<u>500</u>	<u>Kaline</u>	<u>500</u>	<u>[Signature]</u>
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H	<u>11</u>		<u>18</u>	<u>Kaline</u>	<u>25 06</u>	<u>[Signature]</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10</u>		<u>17</u>	<u>Kaline</u>	<u>23 05</u>	<u>[Signature]</u>
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SOS</u>	<u>08</u>		<u>16</u>		<u>24 04</u>	<u>[Signature]</u>
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<u>09</u>					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					<u>06</u>	<u>[Signature]</u>
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>			<u>14</u>		<u>22 06</u>	
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. SONDIA VESICAL DE ALVIO. SOS	SOS					
16. CCGG 4SSV 6/6H.	<u>08</u>		<u>18</u>	<u>Kaline</u>	<u>20 06</u>	
17. <u>sol mineral 10 ml 3x/dia</u>	<u>08</u>		<u>18</u>	<u>Kaline</u>	<u>23 07</u>	
18. <u>putubona 40ml 12/12h</u>	<u>12</u>				<u>24</u>	

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
2. GELCO HIDROLISADO. <u>500g 1000 ml ev p/24h</u>			<u>500</u>	Kalme	<u>500</u>	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.						
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.SOSSOS	SOS		<u>SOS</u>	Gil	<u>20</u>	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10</u>					
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.SOSSOS	SOS		<u>10</u>	Kalme	<u>20</u>	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL40MG (PELA MANHA)						<u>06</u>
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H	SOS					
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.	SOS					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. 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					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.	Atenção					
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	<u>10</u>					
16. CCGG+SSV 6/6H.			<u>10</u>	Kalme	<u>20</u>	<u>06</u>
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Handwritten signature and stamp:
D. Henrique S. D. Carneiro
M. R. R. R.
CRM 10000

Handwritten signature and stamp:
Juliano P. Rodrigues Santos
COREM SP 100-974 ENF.
JBR

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

Handwritten signature and stamp:
Dr. [Signature]
CRM 50251

Idade: _____ Admissão: _____ Leito: _____

Diagnósticos: _____

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

AP: Trincomilol + Ventolín + AHT 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 de MMSE. SVE: PA = 120x100 mmHg. F: 97 bpm FR = 22 lpm T: 37.2 Sopa = 80%. Respiro 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 estómag 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:	Outras:
() TEP	(x) Ex. Resp	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub	() Intub
() RPPI	() Posic	() Cuff	() MAN	() RCP	() Extub	() Extub

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

() SL () S c/ 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:	Outras:
() TEP	(x) Ex. Resp	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub	() Intub
() RPPI	(x) Posic	() Cuff	() MAN	() RCP	() Extub	() Extub

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

() SL () S c/ 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 Pereira

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: CS
 Idade: Admissão:

Ícones:
 Sinais:
 P: M V @ AMX DATA: FC: 94 FR: PA: 120x90 T: 35.6
 A: Sedação: RASS: IMS: MRC: NC:
 Ventilação Mecânica: Mode: DVA: SpO₂: 88%
 FIO₂: PEEP: PS: I:E: FR: Sens:
 Mont. Vent. Cest: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:
 PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Realização: 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%

FC: FR: PA: T:
 GCS: RASS: IMS: MRC: NC:
 DVA: SpO₂:
 PC: TI: VC: Fluxo:
 PS: I:E: FR: Sens:
 Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:
 PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Realização: Paciente acordada, em A.A. cabeça neutra (+) 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/ MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA
 Secreção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esp () Ros
 OBS: Act: Anestesia N. Pericentral
Izabela Lentes
Credito: 155786-F
 Fisioterapeuta/CREFITO

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/ MMII pend () SP () ORT () S/L () ME () DEA
 Secreção: () P () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esp () Ros
 OBS: Redução de edema do MID.
Srika Barreto
 Fisioterapeuta
 CREDITO 112555-F
 Fisioterapeuta/CREFITO

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

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

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

EXAMES REALIZADOS		RESULTADOS				
EXAME	HORA	pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	BE:
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:
 CONDUAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUAS: 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



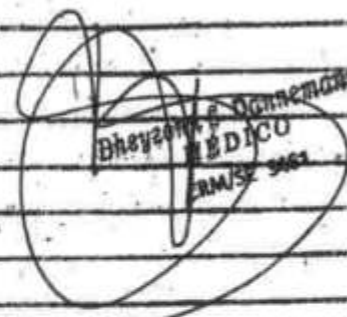
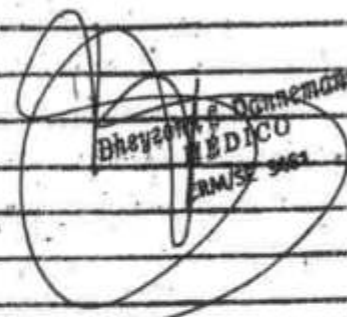


05 12 100
04 05 7
04 05 7



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, após anestesia.
14/05/19	# Trat cirúrgico de Fratura da cabeça do Fêmur com osteossintese por meio de placa e parafusos. Paciente em repouso absoluto. Medicação adequada. Evolução satisfatória.  
15/05/19	# Trat cirúrgico de Fratura da cabeça do Fêmur com osteossintese por meio de placa e parafusos. Paciente em repouso absoluto. Medicação adequada. Evolução satisfatória.  
16/05	Paciente com febre de 38,5°C, com alteração de estado de consciência e sinais de desidratação.  

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**

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD **79**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
ANTONIO DUARTE DE LIMA / ESPOSO

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

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

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ITABAIANA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Constata-se dor na região do Fêmur O que ocasiona o tratamento por como lesão da

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Ex. de imagem de tomografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL
S723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO
V030

LP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Artroscopia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050510

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

Outros dados

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Cláudio Gonçalves 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 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
281910016052-5

48 - DOCUMENTO

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
CRM - 3686
CPF - 876.150.735-20



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. - FUNDACAO DE BENEFICENCIA 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*

Almeida

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA			CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.000
NOME DO(A) PACIENTE <i>Maria Rosa de Jesus Nasimbo</i>				
NOME DA MÃE				
ENDEREÇO COMPLETO				
SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>				
MUNICÍPIO EM QUE RESIDE				
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	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ORTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 1
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MULTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	PROCEDIMENTO 2
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	PROCEDIMENTO 3
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5	PROCEDIMENTO 4
<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE	
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	
<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>[Assinatura]</i>			22/08/2019

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

Por operatório realizado fraturas do pé do fêmur com fixação

5 dias permanência em man

Kingdome

Cirurgia

EXAMES COMPLEMENTARES	
TRATAMENTO	
PROCEDIMENTO AUTORIZADO	
DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO	
AUTORIZADO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO	
MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADO (ASSINATURA / CARIMBO)
<i>06/08/19</i>	<i>[Assinatura]</i>
	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR
	<i>076 104 735-20</i>
	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)

Dr. Viviane Pereira da Motta
Supervisora Médica
CRM SE 3686
CPF 076 104 735-20

**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

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

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 10/06/2019 às 15:58 pelo USUÁRIO: J.F.10 Fone: www.unidade.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 transcoroal do braço direito*

Exame físico: membros superiores e inferiores normais, sem sinais de infecção.
Exame de laboratório: exames de rotina dentro da normalidade.

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



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
EVOLUÇÃO DE PROFESSORES E TÉCNICOS DE SAÚDE

UNIDADE:

PACIENTE: Marcos Rose da Silva Narciso MATRÍCULA:

IDADE: SERVIÇO: APTO: QUARTO: ENFERM. LEITO: CONVÊNIO:

DATA E HORA	EVOLUÇÃO						
22/05/19	<p>0 Parede O pericula</p> <p>A) Fratura femur (D): Cir. Redução Aberta + Fixação interna Equip. Ab Pauter Eqm V. roscas</p> <p>(D) Preensão</p> <p style="text-align: right;">Dr. Paulo Salotti Médico CRM - 5461</p> <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>RAIOS XI FBHC</td> <td>DATA 22/05/19</td> </tr> <tr> <td>INCIDÊNCIAS</td> <td>VISTO TÉCNICO</td> </tr> <tr> <td>Femur O2P</td> <td>Klemia</td> </tr> </table>	RAIOS XI FBHC	DATA 22/05/19	INCIDÊNCIAS	VISTO TÉCNICO	Femur O2P	Klemia
RAIOS XI FBHC	DATA 22/05/19						
INCIDÊNCIAS	VISTO TÉCNICO						
Femur O2P	Klemia						
23/05/19	<p>#) Trat. distal femur D - 190</p> <p>Fonte BEG/LOG/AAA</p> <p>sem sequelas e intercon.</p> <p>boa amplitude de movimento, sem dor</p> <p>em alta prog. p/ amarras</p>						
24/05/19	<p>#) 290 Trat. distal femur D</p> <p>Fonte BEG/LOG/AAA</p> <p>sem sequelas e intercon.</p> <p>boa amplitude de movimento, sem dor</p> <p>em alta prog.</p> <p style="text-align: right;">Dietmann J. Dietmann Ortopedia e Traumatologia CRM SE 5461</p> <p style="text-align: right;">Dietmann J. Dietmann Ortopedia e Traumatologia CRM SE 5461</p>						

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 PRECOCE: () 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 PORQ?:

() 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: Acc: Anakécia V. Pinheiro

Professora: Natali Aragão (Preceptora)

Isabella Fontes

Cufito: 155486-F

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

NOME 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

M () T () N () DATA: 20/05/2019 FC: 80 FR: 17 PA: 110x70 T: 35,98

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 PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente orientada, verbalizante, consciente foi realizada

avaliação de padronização do tempo respiratório, mobilização precoce com

velocidade MMS, duração respiratória, mobilização precoce, alongamento muscular,

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

17 bpm, SatO₂: 96,1% T: 35,98°C. Foi realizado atendimento de fisioterapia

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

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

() 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: Acc: Gabiela Rodrigues Frainco

Professora: Natali Aragão (Preceptora)

Isabella Fontes

Cufito: 155486-F

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

NOME 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



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 da MID. Deixa-a confortável e sem intercorrência.

CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?: _____
 () 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 da MID.
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(+) em 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 NIE, pontal, curativo de MESS e mobilização de tornozelo segundo o máximo tolerado por NUNO/ MESS/ HMI, alongamento MESS, exercício respiratório xerolabial, e em diagnóstico S.F.P.A. 120/80, FC. 85, f.R. 19, SaO₂ 97.

CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

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

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

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
 CONDUITAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 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:				

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

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

Nome: Maria Rosa de Jesus Matrícula: 09267
 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:
 Monit. 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:
 Monit. 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: 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 :	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 Clara de Jesus Romão de Almeida* / SEXO: F/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. *15/05/19*)

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 0,2ML+0,8ML 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 0,2ML+0,8ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 40MG (PELA MANHA)				
9. PLASIL 1 AMPLA EV 8/8 H				
10. Sonda vesical de alívio SOS.				
11. GUCEMIA CAPILAR DE 6/6H.				
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 ZUI 251-300 AUI 301-350 GUI 351-400 BUI 400 > 10UI.				
12. GLUCOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLUCOSE < 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 1 2 2 1 4				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				

*Resposta Médica Home
CMA 5301*

Anabela De Melo F. Meneses
Enfermeira
COREN: 73521

Associação de Serviços Especializados
Técnicos de Enfermagem
COREN 1270662

3º TURNO

2º TURNO

1º TURNO

06
12
18
24

05/05
CS

NOME COMPLETO: Maria Rosa de Jesus

UNIDADE: Lesões

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>	Kaline	<u>23</u> <u>05</u>	<u>Paulo</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10</u>		<u>18</u>	Kaline	<u>22</u>	<u>Paulo</u>
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>08</u>		<u>19</u>		<u>24</u>	<u>Paulo</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	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	SOS					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	FISIO					
15. SONTA VESICAL DE ALVIO. SOS	SOS					
16. CCGG+SSVV 6/6H.	<u>08</u>		<u>19</u>	Kaline	<u>20</u> <u>06</u>	
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

DR. JOÃO DE DEUS M. FERREIRA
MÉDICO
CORENISE - 379.581

João de Deus Santos
CORENISE - 109.974-ENF.

Margarida Reis da Silva
Téc. de Enfermagem
CORENISE - 379.405

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

Margarida Reis da Silva
Téc. de Enfermagem
CORENISE - 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 / 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 e 3º</u>	07 às 13h	14h às 19h	19h às 07h		
-	58 99% KV 1000 ml n 24h		500 Kcaline	500		
-	Kefton 1g IV 6/6h	12	1g Kcaline	200		
-	Opium 2cc + 8 amp 12h IV 6/6h	12	1g Kcaline	200		
-	fraxel 100 + 100 ml 50g 99% IV 8/8h 50g		1g Kcaline	20		
-	Plexane 40g SC 1x/dia - 09			25		
-	Dancopagal 90g - 1x/dia 12h			05		
-	Cardelox 1g					
-	CR 60 + CS 100 6/6h	08	1g Kcaline	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 Pereira 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>VO 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>16</u>		<u>24</u>	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SOS</u>	<u>SOS</u>		<u>16</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>16</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 8-8hs</u>			<u>14</u>		<u>22</u>	<u>06</u>
18. <u>Actemion 40mg vo 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 42101

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>oral leve laxante</u>						
2. HIDRATAÇÃO: <u>500ml de água 1000ml de soro</u>	<u>500</u>		<u>16</u>		<u>500</u>	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>12</u>		<u>17</u>		<u>24 06</u>	
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>11</u>		<u>17</u>		<u>24 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>08</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>			<u>14</u>		<u>20 06</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 348.874/MF.
10:00

Maria Carolina de Jesus
Enfermeira
COREN-SE 17562

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	FR (IRpm)
08	120 x 80	-	36.3	66	22
14	100 x 70	-	36.4	57	17
20					
06					



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

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>ord. (limp. laxativa) 2200 ml SF 0,9 1000 ml EV p/ 24h</u>	500				500	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	32		18	Kaline	24 05	[Assinatura]
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	14		17	Kaline	24 05	[Assinatura]
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	10				22	[Assinatura]
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	[Assinatura]
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					
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	[Assinatura]
17. <u>sol. mineral 10ml 08/08h</u>			18	Kaline	24 05	[Assinatura]
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		Quanti	Discriminação
Dois	Dieta:	07 às 13h	13 às 19h	19 às 07h					
	1) Dieta Geral	5ND							
	2) SFC 91.1000 mL E x 2/1h	500							
	3) Galidone 1g E x 8/6h	8		1g Kalime		20			
	4) Clonazepam 10mg E x 12/12h			1g Kalime		060			
	5) Dipirona 1g E x 6/6h	14		1g Kalime		20050			
	6) Tramadol 100mg + SFC 91.1000 mL E x 8/6h	12:30				20 040			
	7) Enxofolone 10mg SFC 1000 mL	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
COHEN SE 13112Z - 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>06</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 RESPIRATORIA.	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 51661

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

JO:TOR

Reserva de Emergência
Hospital de Cirurgia
FARMACIA
COREN 127462

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

Marcos 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: <u>Oral Fluido</u>						
2. HIDRATAÇÃO: <u>500 1000 ml ev p/ 24h</u>			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					22	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SOS</u>	08	Ondina Souza Téc. de Enfermagem COREN/SE 159316	16		24	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	09				06	
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					06	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>				14	22 06	
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	Ondina Souza Téc. de Enfermagem COREN/SE 159316				
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. <u>Ure Hospital</u>						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Handwritten signature and stamp:
DIRETORIA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-SE 5461
Dra. Q. P. Rodrigues Santos
COREN/SE 159316
11:50h

Handwritten signature and stamp:
Ondina Souza
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 159316

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 Merenda SSV.
 10:00 Apresenta almoço, entolado preferencial 100 ml.
 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 Gelo hidratado.
 14:00 Merenda SSV.
 15:30 Apresenta almoço oferecido.
 16:00 Pac. use queixadão de algar adm. diurema SOS.
 Removido gelo conforme prescrição.
 18:00 Adm. thermal SOS pac. use queixadão de algar.
 Apresenta jantar oferecido.
 Segue mantendo quadro.

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

NOME: Maria 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. Karline



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Marcia Rosa De Jesus Nascimento

IDADE:

44 | OS

LEITO:

1092658

REGISTRO:

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

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

Alterações na urina: Dor Ardor Dificuldade

07:00 Paciente encontra-se no leito, em estado de AUP, em fase de monitoramento, em vaso de acesso em M.D.

08:00 Aférisis SSV.

09:00 Administrado celestone 40 mg SC.

10:00 oferecido lanche, emitiu o mofenid 100 mg.

11:00 Administrado dipirona 1 amp.

12:00 Administrado keplim 1g + nebulização de clorbutol 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

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

Alterações na urina: Dor Ardor Dificuldade

13:00 Paciente encontra-se no leito em decubito dorsal, em uso de monitoramento, tendo

14:00 Aférisis SSV

15:00 Adm. de honorário de horário

15:30 Aférisis lanche oferecido

17:00 Adm. dipirona de horário

18:00 Adm. keplim de horário

Segue montando quadro

Assinatura e identificação
Dayane Santos Bezer



HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

DATA: 9.05.19

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 dipirona IV conforme prescrição medica.
 12hs Administrado cafeetina 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 oral em companhia do monitor.
 16hs Paciente segue sem intercorrências no presente momento.
 17hs Administrado Dipirona IV conforme prescrição.
 18hs Administrado cafeetina IV conforme prescrição.
 Paciente segue aos cuidados da enfermagem no presente momento.

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do enfermeiro

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Marcia Rosa De Jesus Nascimento
 UNIDADE: Ortopedia II
 IDADE: 44 LEITO: 05 REGISTRO: U092656

DATA: 07/05/2018

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-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

07:00 Paciente encontra-se no leito, enfundando neoplenin em AP.
 08:00 período SSUV, realizou lactulose 40ml VO.
 09:00 administração de xanax 40mg SC
 10:00 ofereceu lanche, emitiu prescrição 100mg N.
 11:00 administração de paracetamol 1g VO
 12:00 administração de keflex 1g VO

DATA: 08/05/2018

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-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

13:00 Paciente encontra-se no leito com deambula dorsal em uso de soroterapia
 14:00 período SSUV
 Adm. óleo mineral
 15:30 Acitou lanche oferecido
 17:00 Adm. dipirona de honorio
 18:00 Adm. keflex de honorio, acitou lanche
 segue montando quadro

Assinatura e identificação
 Dra. Marcia Rosa De Jesus Nascimento
 Tec. de Enfermagem

Assinatura e identificação
 [Assinatura]

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

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...
 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 decubito 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, aceitau jantar
 segue mantendo quadro

Assinatura e identificação
 Karina Lima de Sá Pinheiro
 Técnica de Enfermagem

3-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Dubioso

7-NUTRIÇÃO: Qual Exteral Parenteral Zero

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional

3-LOCOMOÇÃO: Disarmado Desorientado Confuso Inacessível

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

8-INGESTÃO: 1) Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade

Alterações na urina: _____

DATA: 19:00 07/09/84

Assinatura e Identificação

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura												
Pressão Arterial												
F. Cardíaca												
F. Respiratória												
HORÁRIOS												
Glitemia												
Escala de Dor												

	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) TOI (2) TOI (3) Orofaringe (4) Nasal																									
2-Troca de Fraldas																									
3-1) Oral (2) Ocular (3) Intima																									
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																									
5-Cujativo Operatório:																									
6-Cujativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabeça																									

CRISTINA SOUZA
 COORDENADORA DE ENFERMAGEM

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

07/05/2018

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
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

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 dequim
 09:00 - Foi administrado elecare 200mg 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

08/05/2018

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
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

13:00 - Paciente orientada-se no leito em decúbito dorsal com uso de serotipis para
 14:00 - Aferido SSVU, realizado curativo com fecho de ferida direta
 15:30 - Retirado AVP para alta hospitalar

Assistência e Verificação
 OUBALDO S. PIMENTA
 Tec. de Enfermagem
 COREN/SP 1.343.816

Assistência e Verificação
 OUBALDO S. PIMENTA
 Tec. de Enfermagem

Ubro 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							200							Frequência Respiratória	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								41,8						41,8						
	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																				

Glicemia

NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero: ___ horas

INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

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

DIÚRESE: Ausente: ___ horas Presente: ___ vezes

BALANÇO HÍDRICO: Positivo Negativo Normal

DROGAS EM USO:

Antibióticos (dias): ~~___~~

Vasotativas (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: 20/5/19 HORA: 13:00

SEXO: MASCULINO FEMININO DIH: 13/5/19

STICOS MÉDICOS:

Fratura de fêmur

ESPECÍFICO:

INDICADORES DE GRAVIDADE
 REAL: 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

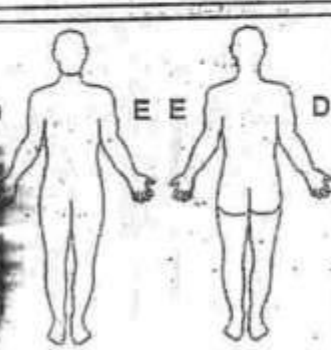
de Coma de Glasgow: [MRO: + MRV: + MRM:] Escala de RASS: Escala de Dor (0-10): 6

HISTÓRICO DE QUEDAS	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	Pontos:
0 15	0 15	0 15 30	Risco baixo: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: 45 a 49
Não Sim	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde Muletas, Bengala ou Andador Mobilidade Paralela	0 15 30	

DISPOSITIVO ENDOVENOSO	MARCHA	ESTADO MENTAL	Pontos:
0 20	0 10 20	0 15	Risco baixo: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: 45 a 49
Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas Fraca Comprometida ou Gêmelesteria	0 10 20	0 15	

LIÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

kg, Altura: m.
Paciente no leito deambulante orientada, suprecas
enbalizando, braços no momento sem queixos.
Permanece aguardando laia nuaia



Úlcera Por Pressão		Característica
Local	Clas.	
		
		
		
		

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

DISPOSITIVOS EM USO

CATETER O₂: ___ L/MIN () MASCARA O₂ - FIO2: ___ % () VMI/TOT - Modo: ___ e FIO2: ___ % () MARCAPASSO
 CATETER VENOSO PERIFÉRICO ___ () CATETER VENOSO CENTRAL () CATETER PERITONEAL () SONDA VESICAL () SONDA GÁSTRICA/ENTERAL () OSTOMIA
 BALDA () DRENO SUÇÃO: ___ () DRENO PENROSE: ___ () DRENO TORÁCICO: ___ () DRENO TEPIDICO

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

0	FR: ___ rpm	SpO ₂ : ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
0	FR: ___ rpm	SpO ₂ : ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
0	FR: ___ rpm	SpO ₂ : ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
0	FR: ___ rpm	SpO ₂ : ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
20	FR: ___ rpm	SpO ₂ : ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___
50	FR: ___ rpm	SpO ₂ : ___ %	FC: ___ bpm	PANI: ___ / ___ mmHg	Temp.: ___ °C	DOR: ___

HORARIO: ___ h. Paciente adm na SRPA após ato cirúrgico em abdome
 assistido + RVP + Soro + Insulina + Heparina em HD.
 com torçãdo de 83, SpO₂ 100%, PA 151/73. Aus. evidências de empermeação

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

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

HORARIO: 14:00h. Paciente encaminhado para
 setor em sala de recuperação de
 pós de funcionamento em 15:00h

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

Out II

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

HOSPITAL CIRURGIA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Maria Rosa de Jesus Nascimento Procedência: _____ Matrícula: _____
 Idade: 44 Sexo: 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
 Preparo: Jejum a partir - HORÁRIO: 19:30 e DATA: 15/05/19 () Punção venosa periférica
 Retirar a prótese e adornos: () Prótese dentária () Lente de contato () Jóias () Grampos () Outros: _____
 Alergia conhecida: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
 Hábito de vida: Tabagista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____ / Etilista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____
 Passado cirúrgico: SIM () NÃO () QUAL (IS): Diverticula
 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-SE 1358216-TE

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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

SERVIÇO DE APOIO

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

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

Paciente recebida p/ procedimento cirúrgico e uso de maca com corno UCCO N SE respali-
 dando a dor através verbalizar, monitorado
 PA 151x 71 mmHg Pulso 90, segue a cirurgia.
 Resposta de oxigênio satisfatória e encaminhado
 p/ sala de SRPA p/ recuperação.

Érica Silva Santos
SBEP Clínica/BrC
Mat. 28440

ASSINATURA:

Tabinda Santos Costa
Téc. de Enfermagem
CORENSE 454851

Tabinda Santos Costa
Core
454851

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO <i>1092656</i>
--------------------	-----------	-----------------------------	--------------------	------------------------------------

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

NOME DO PACIENTE: *[Redacted]*

NOME DA MÃE: *Rosa Beza de Jesus*

ENDEREÇO COMPLETO: *Rua Egidio dos Srs*

DATA DE INTERNAÇÃO: *13/05/99* Hs. *18* Min. *31*

TIPO: *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	
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	
<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	
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE 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"/> 25 - REABILITAÇÃO
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLENTE	<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
		<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO): *[Assinatura]*

DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO): *[Redacted]*

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): *[Assinatura]*

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)

*Supervisora reitoria da unidade
Médica/SES
CRM-SE 3085
RUE 196 198 735 47*



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: 40013300458
		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		OXIDO 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 INJETAVEL	01	SUXAMETONEO 500MG\FRASCO
CLOPPROFENAZINA 25MG\5ML		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML
CEFAZOLINA 1G SOL INJETAVEL		VANCOMICINA 50MG\ML
CEFTRIAXONA 1G SOL INJETAVEL		EQUIPAMENTOS
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIQFILO		APARELHO DE AMESTESIA
EIPROFLOXACINO 200MG\100ML		BISTURI ELETRICO / BIPOLAR
CISATRACURIO (NIMBEX) 10MG\5ML		CAPNÓGRAFO
CLINDAMICINA (DALACIN) 600MH\4ML		DESFIBRILADOR
CLONIDINA SOL INJETAVEL		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
IOXITALANIATO 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 7/8 () 10 () 12 () 13 () 4 ()		EQUIPO MICROGOTAS - QNT () EQUIPO P\ TRANSFUÇÃO - QNT ()
ALGODÃO 7/8 () 10 () 12 () 13 () 4 ()		EQUIPO AMBAR - QNT ()
CATGUT CROM. (C\AG. 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/LOUI 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/ P/	
ESPONJA GELICIAM MEDICIONAL	

Compreas grandes o 1 pit / 835 2 plus o 8 pit
 cloroxido Alcohol
 Alcohol -

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 Gástrica/Enteral () OSTOMIA
 FRALDA () DRENO SUCCÃO: ___ () DRENO PENROSE: ___ () DRENO TORACICO: ___ () DRENO TORÁCICO

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 calma 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 Anest.*

DESTINO/UNIDADE:

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

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	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. *Marcelle Santos Pini*

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: _____ / Etílica: 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
- Anestesíologista: A. Marcolli
- Circulante: Rafaela

SERVIÇO DE APOIO

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

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 Interoocorrências)

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 por ECG e SpO2. Realizada anestesia + ato cirúrgico. Paciente encaminhada para a SRPA em uso de suporte de vida, consciente e sob efeito anestésico.

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 18h 32 Min.	CARÁTER <input type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO 03	ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE
--------------------------------	-----------------------------------	--	------	-----------------------	---------	------------------------

TIPO DE SOLICITAÇÃO

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

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO
 3 Pecca 10 furas large 4x5
 10 Profuss verticais.

Dr. Paulo Salatti
Médico
CRM - 4554

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

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

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) 06/08/29	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) Dr. Paulo Salatti CRMSE 3686 DE 976 10R 725 28	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
 Enfermeira: _____ 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: Cirurgia
 PACIENTE: Marie Rosa de Paes Mesquita
 CONVÊNIO: SUS
 LOCAL DE PROCEDIMENTO: Pront. do femur
 CIRURGIÃO: Dr. Paulo Salbetti
 INSTRUMENTADOR: Anderson

C.M.C. DT EMISSÃO: 22/05/18
 MAT. 109 2656 SENHA/GUIA: 0408030305
 PRONT. AII

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 37		
		5	Parafusos corticos nº 40		
TOTAL GERAL					

Dr. Paulo Salbetti
 CRM-12571

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

FISCAL Nº 3257.1012

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.
 1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____
 ANESTESIA: Rapina + Sedação 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 C/2 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 ICHERH EM T Nº 12 () 14 () 15 () 16 ()		CAL SOLDADA <i>comprada grande 11/11/11</i>	
RENO DE SUÇÃO 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
CELEPROXIFAZINA 25MG\5ML		VANCOMICINA 50MG\ML
CEFALOXINA 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
CLOROTO DE POTÁSSIO 19.1%		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA
CLOROTO DE SÓDIO 20% 10ML		FOTÓFORO
COLAGENASE 30G BISHAGA		LARINGOSCÓPIO
ESLANOSÍDEO 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\1ML		AR COMPRIMIDO
ETILEFRINA (EFORTIL) 10MG\ML		GÁS CARBÔNICO
FIOSCINA (MUSCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML		OXIGÊNIO
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		PROTÓTIPO 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 Norzale
 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 + radiografia + cap
 (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 %

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 %

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

Referência

Homem Mulher
 4.0 - 5.5 4.0 - 5.0
 Homem Mulher
 13.0 - 17.0 12.0 - 16.0
 Homem Mulher
 40 - 50 35 - 47

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

5.000 a 10.000/mm³

40 a 70 1.600 a 7.300
 01 a 04 50 a 400
 00 a 02 00 a 200
 20 a 50 1000 a 5000
 03 a 10 150 a 1000

150.000 a 400.000/mm³

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
 Biomédica
 CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
 Biomédica
 CRBM 0848

Anne Regina P.C. Carvalho
 Biomédica
 CRBM 0776

Manna Lira Santana
 Biomédica
 CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
 Biomédica
 CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
 Biomédico
 CRBM 2795

Jaqueline Licia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

Railton 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
Método: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 2880Diego 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 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.

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE
EQUIPAMENTO 1

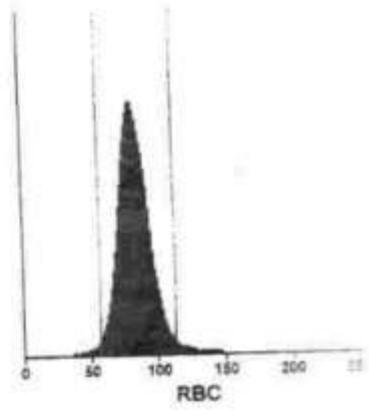
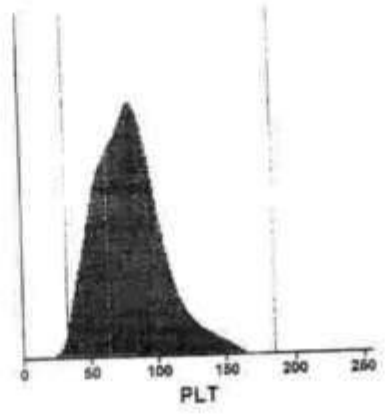
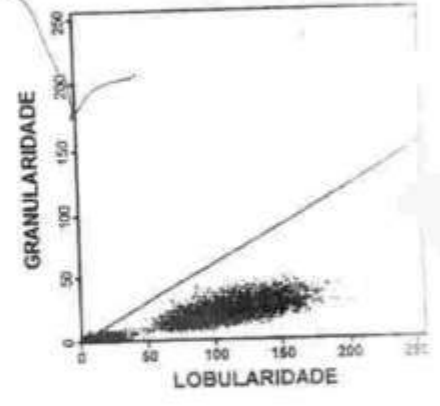
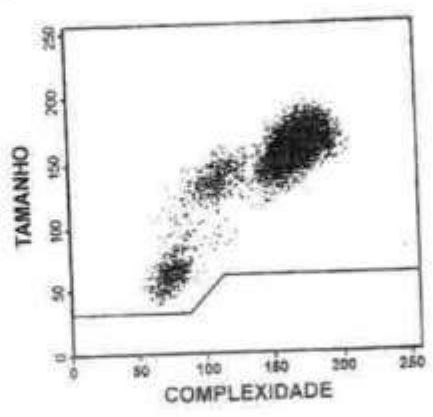
Ag Diagrama
Amoest No_ID
Nome Pac MARIA ROSA DE JESUS
Pac VERDE TRAUMA

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
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	31.8-35.4
		RDW	11.5-14.5
		PLT	155-366
		MPV	6.90-10.5

LAB HUSE
Resultados por amostra

13-05-2019 12:22:47

lab: 515-0300521

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 (E)
 Ativ. não validada manualmente (D)
 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 Roberto de Jesus Nascimento*

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

DIAGNÓSTICOS: *Fratura Diáfise 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 Francis Coprin
Ortopedia / Traumatologia
CRM 850



GOVERNO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Fx femur @ (diáfise)



PRONTO SOCORRO ADULTO

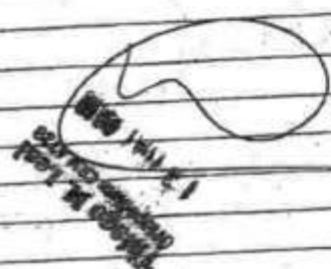
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUSE

12/05

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

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



Dr. [Signature]

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

Roberta Amador P. de F. Barros
CRM: 17985 - EN

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

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

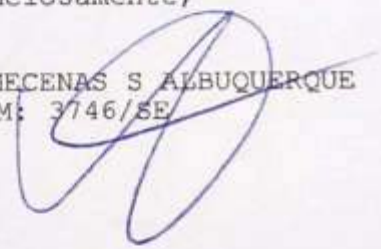
ESCANOMETRIA (MÉTODO DE FARILL)

	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

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

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

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

Valores no Exame Anexo

- Valores de acordo com o diagnóstico de Fractura do M.I.D.
- Valores de acordo com o M.I.D. de acordo com o movimento de flexão do Joelho Direito
- Valores de acordo com o M.I.D. de acordo com o movimento do Joelho Direito
- Valores de acordo com o M.I.D. de acordo com o movimento de extensão do Joelho Direito
- Valores de acordo com o M.I.D. de acordo com o movimento de extensão do Joelho Direito
- Valores de acordo com o M.I.D. de acordo com o movimento de extensão do Joelho Direito

- 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

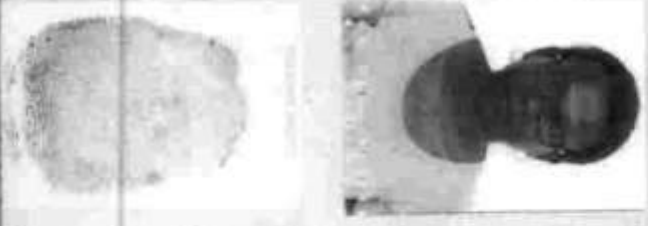
06/09/2021

 Data

Renato Teixeira CRM 1450
 Ortopedia - Traumatologia

 Assinatura e Carimbo





Maria Rosa de Jesus Nascimento

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

ARAÇUAJ-SE

DATA DE NASCIMENTO

30/12/1974

DDD ORIGEM

CT. NASCIM.

NR 87779 LV 69 FL 68

EMT DOF DIST COM ARAÇUAJ-SE

009.215.085-30

ASSINATURA DO DIRETOR

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) 991358159	
ENDEREÇO / Address			
RUA: JOSÉ ANTONIO DOS PASSOS, 243 BAIXA FRIA.			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
49530000	RIBEIROPOLIS	SE	BRASIL

Correios **PAC**

PESO (kg) 1,668 / AR MP

Receptor

Assinatura Documento

PM 48458030 8 BR




MBM
SEGURADORA

03 DEZ 2019

DPVAT / RJ

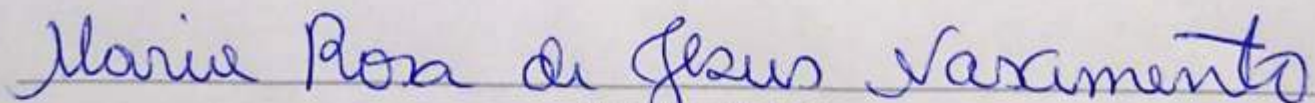
SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE

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 - 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:

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 - 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

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