	<p>Protocolo Nº 20230508133603608</p> <p>Sua solicitação foi enviada à 2ª Vara Cível de Itabaiana da Comarca de ITABAIANA em 08/05/2023 13:36 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	Distribuído Em: 23/02/2023

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

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2881315_JUNTADA_DE_DOCS_01.pdf	Petição
2	2881315_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02_compressed-1-70.pdf	Outros documentos
3	2881315_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02_compressed-71-137.pdf	Outros documentos
4	2881315_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03.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, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, 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 respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITABAIANA, 8 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSYIAN 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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0561 013 CONTA: 00140217 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA Loterias CA

CAIXA Loterias

316 400414238-4

12/NOV/2019

HORA DF 12:58:09

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

TERM 011156

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0561.00140217-2

NUM: MARIA ROSA DE J NASCIMENT

poupança

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

Em testemunho da verdade
Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escrivente Autorizado)
Valor Total R\$ 3,44
Selo T/SE - 201929666014609, Acesso
<http://www.tjse.jus.br/si/QNEM8D>

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escrivente Autorizado



ADO DE SERGIPE

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 118594/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

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

Local do Fato

Município: Itabaiana (SE)
Logradouro: BR 235

Bairro: Racho Doce

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

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Feminino Nasc: 30/12/1974
Profissão: Garç Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Rosa Josefa de Jesus Nome do Pai: José Bispo do Nascimento

Documento(s)

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

Endereço

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

QUE, no dia 12 de maio do corrente ano, por volta das 17:30 horas, a declarante transitava a pé pelo acostamento da BR 235, próximo ao Supermercado Assai, nesta cidade, quando foi atropelada por um carro (não sabe informar detalhes acerca do veículo); QUE, em instantes, a declarante foi socorrida por uma ambulância do SAMU, que a conduziu ao hospital local, de onde foi transferida ao HUPIL, tendo sido levada, por fim, para o Hospital Cirúrgico, ambos na cidade de Aracaju. QUE a declarante teve 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)

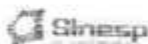
Todo o conteúdo divulgado no site eletrônico que seja (a) original (retransmissão) e (b) informações acima assentadas a certo (a) órgão (s) legítima (s) e originalmente pelo (s) presente (s) declarante (s) que delimita o conteúdo nos Artigos 331 (Denúncia) e 340 (Constituição Falsa de Crime ou de Contravenção) do Código Penal Brasileiro.



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIROPOLIS/SE
 AUTENTICAÇÃO
 Autenticada 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/xi/QNEMBO>



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 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

34

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

TERM 011156

LOCALIDADE: ITABAIANA
AG. VINCULADA: 0561

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0561.00140217-2

NUM: MARIA ROSA DE J NASCIMENT

poupança

RELATÓRIO 0901 / 2019 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1905120781 / ESUS - SAMU

e - DOC 020000.18290 / 2019 - 7

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

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

Aracaju, 22 de Julho de 2019

may sue

Mary de Machado Tardes
MÉDICA
CRM 1720

pl **Andréa Lenir Bastos Paiva Nery**

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIRÓPOLIS/SE

AUTÊNTICAÇÃO

Autenticado e presente cópia reprográfica conforme o original e mim apresentados, por este dou. 19

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

Em testemunho _____ da verdade

Ygor Nicolais Oliveira Freire (Escriturário

Autorizado)

Valor Total: R\$ 3,44

Selo TJ/SE: 20192968014810. Acesso:

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

Ygor Nicolais Oliveira Freire
Escriturário Autorizado



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

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

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

319068028201

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000140217

Número da Autenticação

313911D029070C00

MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
RUA BODIO DOS SANTOS, 30 / CASA - MUTAÇÃO
ITABUNA / SE CEP: 4900000 (AG: 33)



Ligação MONOFÁSICO
Cid/Sec: 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 Manoelino Sales, 01 - Itapoanópolis
Aracaju/SE - CEP 49040-100
CNPJ 12.917.602/0001-43 Insc. Est. 271.749.436
Nas Fecals/Conta de Energia Elétrica Nº 013.296.255
Cód. para Det. 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, nossa abreviatura virtual do WhatsApp?
Se você não quiser com informações, ou enviar e-mails, envie e responda via da conta de energia e não sofrer penalidade de suspensão.
Salve nosso número e nos chame sempre que precisar.
79 99401-0715

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

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. Adq.	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$)	Valor Calc. (R\$)	Outros (R\$)	Total (R\$)	
0001	Consumo até 20kWh/BR	30,000	0,187110	5,61	0,05	0	0,00	5,61	0,05	0,25
0001	Adic. B. Alvaros			0,12	0,00	0	0,00	0,12	0,00	0,20
0001	Adic. B. Vermelho			0,07	0,00	0	0,00	0,07	0,00	0,20
0010	Subsídio			17,81	0,00	0	0,00	17,81	0,11	0,40
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0991	CREDITO A COMPENSAR 11/2019			-8,39	0,00	0	0,00	0,00	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 AfA 2019: 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	Dec/18	Jan/19	Feb/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				Condição de Consumo		
	Limites da ANEEL	Apuração	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	5,43	0,00	NORMAL	Serviço de Dist. de Energia Elétrica	0,00	100,00
DISTRIBUIDOR	10,86					
ANUAL	31,73		CONTRATADA	Serviço de Transmissão	0,00	100,00
SEMESTRAL	3,30	0,00				
TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR	Serviço de Distribuição	0,00	100,00
ANUAL	13,45					
DIÁRIO	3,11	0,00	LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	100,00
DIÁRIO	12,22				0,00	100,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi fabricada como Rastreável, sendo um documento de RASTREABILIDADE.
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 para pagamento, 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 rebones pós operatório

(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.tjse.jus.br/x/7GUEXB>



1000
1000
1000
1000
1000



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: Maria Fátima de Jesus Macedo

#Relatório médico

Para a realização a tratada
urgente do fêmur do pé direito

em maio de 2019

Evitar-se e recuperar

sem apertar

(11).572

10/10/19

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

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIRÓPOLIS/SE
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia xerográfica conforme a original
apresentada, do que dou fé

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escritor Autorizado

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

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



RELATÓRIO MÉDICO

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

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

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

HISTÓRICO CLÍNICO:

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIRÓPOLIS
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original apresentada, ao que dou fé

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escritor Autorizado

Ribeirópolis, 21 de novembro de 2019 10:51:24

Em testemunho da verdade
Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escritor Autorizado)
Valor Total R\$ 3,44
São T.J.BE. 201929688014513, Acesso
<http://www.tjse.jus.br/tjseHPXP3>



HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

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

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

ARACAJU, 6 de agosto de 2019

Juliana

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

DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DOE: 938542

DATA: 12/05/2019

HORA: 21:07

USUARIO: ELMENEZES

Setor:

SETOR: 06-3UTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
 IDADE.....: 44 ANOS NASC: 30/12/1974
 ENDEREÇO.....: RUA EGIDIO DOS SANTOS
 COMPLEMENTO.....: BAIRO:
 MUNICIPIO.....: ITABAIANA UF: SE CEP....: 49500-3
 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

SINCRONIZADOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

queixa de atropelamento por carro. Trauma no tórax SDD no tórax. Perda de consciência. Ferimento bilateral de punho. Nos últimos 2 dias, dor no tórax e punho. E sem dor (DQ metabólico). Pulsos e em membros superiores direito.

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Dieta pobre em sódio

2) Ao pé direito

3) Paracetamol 100mg + 100mg 12/24h, 7V

Dr. Ramon R. de Oliveira
 Cirurgião Geral
 CRM 4257

SAÍDA:

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

HORA DA SAÍDA:

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Paca Oatobara - Fratura Fechada Fêmur

Est. Internamento

Dr. Mário Costa Vieira Filho
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 4257

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

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
Mot. Solicitado: NAO INFORMADO
Mot. Justificac.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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



GOVERNO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE

Fx [unclear] (dentist)



PRONTO SOCORRO ADULTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUSE

Nome: [unclear] Idade: [unclear] Data: 12/05

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
		Dado oral 1/12	500 500 500
		500,9% 500,9% (E) 1/12	500 500 500
		Alprazolam 2mg + 100ml (E) 1/12	500 500 500
		Propranolol 100mg + 100ml (E) 1/12	500 500 500
		Tramadol 100mg + 100ml (E) 1/12	500 500 500
		Paracetamol 1000mg + 100ml (E) 1/12	500 500 500
		Cloxacina 400mg (E) 1/12	500 500 500
		Amoxicilina 700mg (E) 1/12	500 500 500
		Selênio 100mcg	500 500 500
		SSW + CR 66 6/66	500 500 500

[Handwritten signature]

Recepção Hospitalar
Fundação Hospitalar de Saúde



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:

*Ata evolu limb esse sem ver
 no mudo Arde esse oro
 Cd: 11/11/19*

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

Thiago M. Leal
 Ortopedista CRM 4728
 13/05/2019

*Transferido para Lit. 405 - 13/05/19
 Transferido às 07:40s p/ Hospital
 Fratura - S. A. do membro 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				
TOTAL DO PROCOLO			R\$ 30,00	

Matr. 49503.438

CPF 49503.438

54 COXA DIREITA 04/10/2019

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 201900000002278 de 01/10/2019

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

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

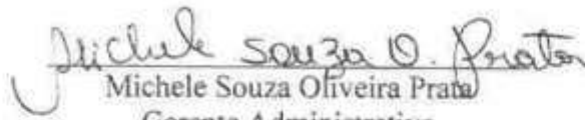
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Itabaiana, 23 de Agosto de 2019.

DECLARAÇÃO

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

Atenciosamente;



Michele Souza Oliveira Prata
Gerente Administrativo
Hospital Regional de Itabaiana

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 07 / 2019

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

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M280030801 CRC:
Doc autorizador : 190136126980000 Doc med resp : 206790614650009 Doc diretor clínico : 206790614650009 Doc médico solíc : 980018294820869
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)9985-59429 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 :

Diag. secundário :
Causa Óbito :
Modalidade : HOSPITALAR

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBQ	CNESICNPJ	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 # Ortopedia
Fratura fechada tíbia (D) da articulação
Nega Anam. Nega DM, HTA
C/Ex. Exame físico

Dr. Márcio Costa Vieira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25777/00T.15637

ECG de Repouso

Exame: 3956

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

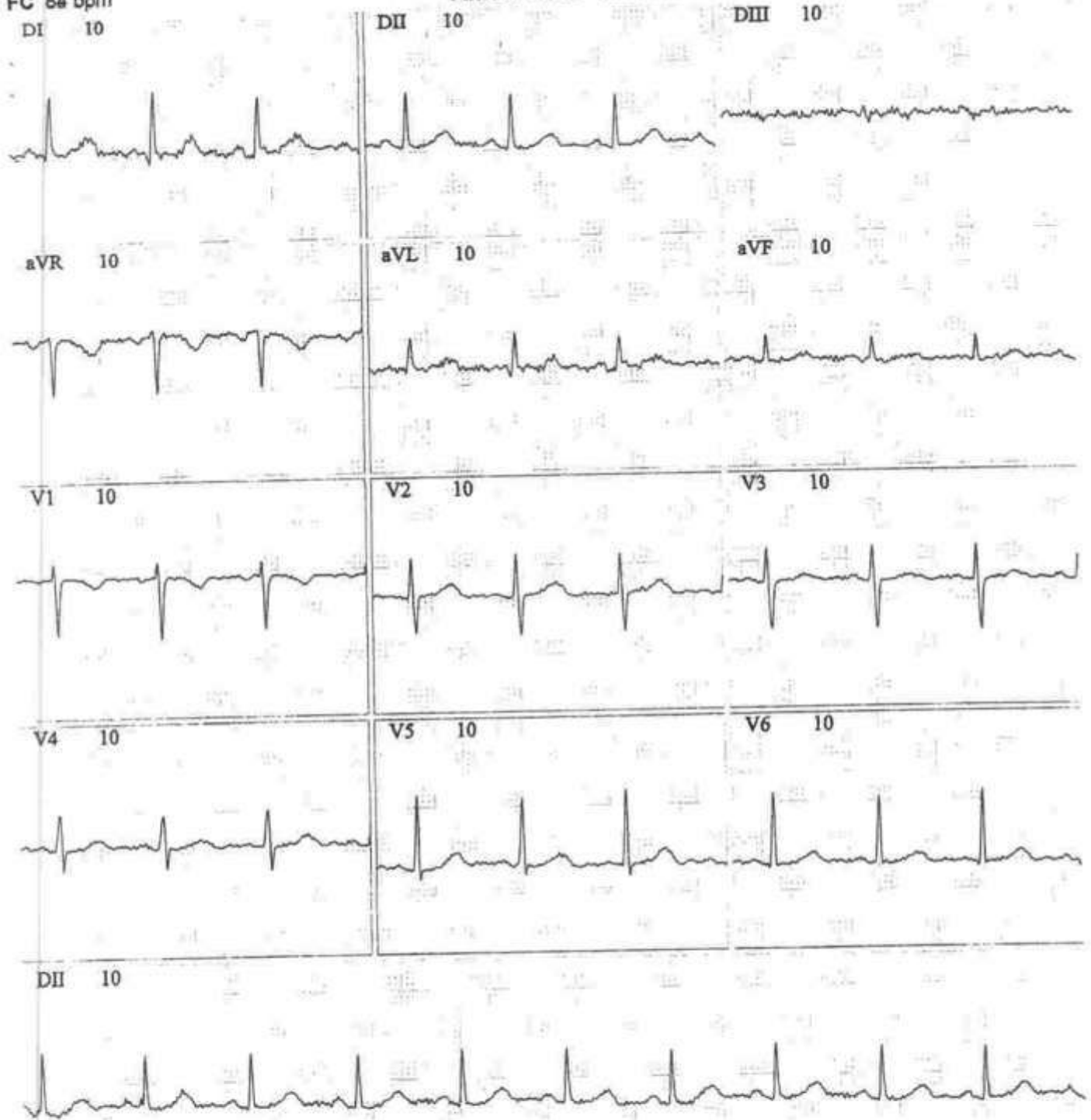
FC 84 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 13/05/2019

Nasc.: 30/12/1974

Vel.: 25 mm/s



(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. P. 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 2875Rafaelton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

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

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta:19/05/2019 13:17

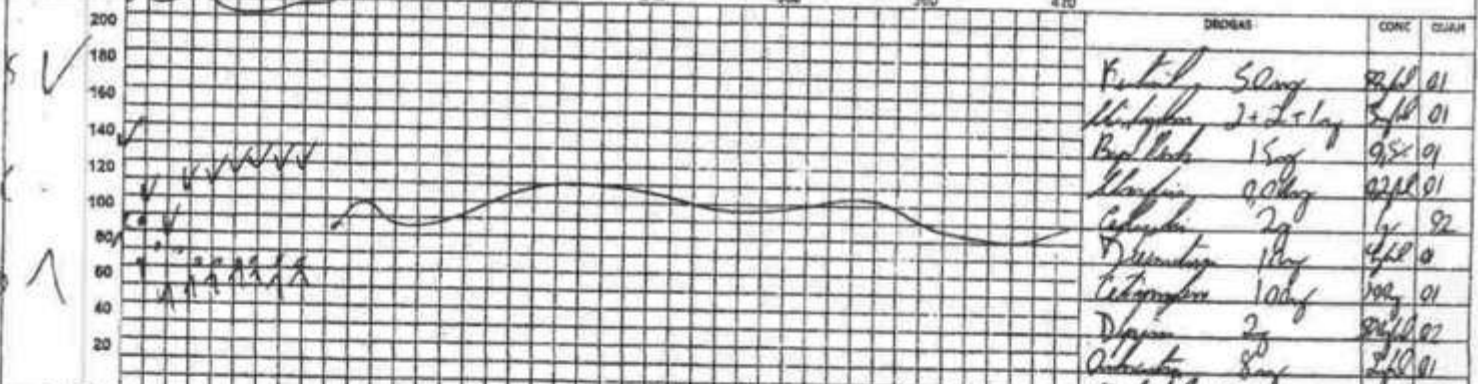
Material:Plasma Citratado
Metodo:Coagulométrico**Tempo de Tromboplastina (TTPA)****37,0 Segundos****Referência**
30 a 40 seg.Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0946Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica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

DATA: 22/05/19

PACIENTE: Maria Rosa de Jesus Nascimento MATRICULA: 1092656 CONVÊNIO: SUS
 IDADE: 44 SEXO: F COR: ENF: ORT II QUARTO: LEITO: 205 APTO:
 CIRURGIÃO: Paulo Salati ANESTESISTA: Manoella e Danilo (CCK)
 1º AUXILIAR: Vinícius 2º AUXILIAR: Vinícius
 DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura distal da fêmur D.
 DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Fratura
 CIRURGIA PROPOSTA: Tratado Cirurgia da distal da fêmur D.
 CIRURGIA REALIZADA: A proposta
 PRÉ-MEDICAÇÃO: Código Cirurgico
 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

0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

MONITOR ECG OXIMETRO PULSO CAPNÓGRATO PAM NÃO INVASIVA VENTILADOR



ANOTAÇÕES:
 Sedação + Respiratória
 @ Clonidine 0,08mg
 @ Propofol 15mg
 @ Ketalar 50mg
 @ Midazolam 2+2+2mg
 @ Codeína 2g
 @ Dexametasona 18mg
 @ Petromax 100g
 @ Dipiron 2g
 @ Acetaminofeno 8mg
 @ Epifentil 2+2

AGENTES ANESTÉSICOS:
 TÉCNICA: Sedação + Respiratória
 INDUÇÃO: VENOSA POSIÇÃO: SENTADO LOCAL PUNÇÃO: 24-25 LÍQUIDO RETIRADO: Vinícius
 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. Alvear, Tgema OK, ASAT,

Dr. Danilo Xavier Azevedo Anestesiologista
 ASSINA: Manoella F. Barros Amorim Anestesiologista
 ASSINA: Vinícius Anestesiologista

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. 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.~~

Transp 21/5 A 28/5/19
Y-298 H 4
Auton 207008

Volume 267768

Lot: 287
Aut: 03
EX. Medio Pente 33 Pcs
E-21105119
V-28105119
Ginlich
(488555)

Transp 227
Aut: 20/5/19



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

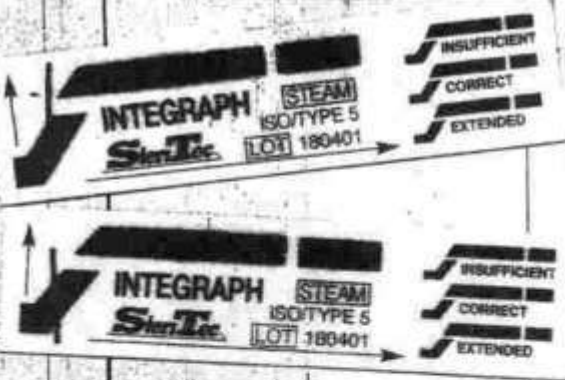
RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

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 _____



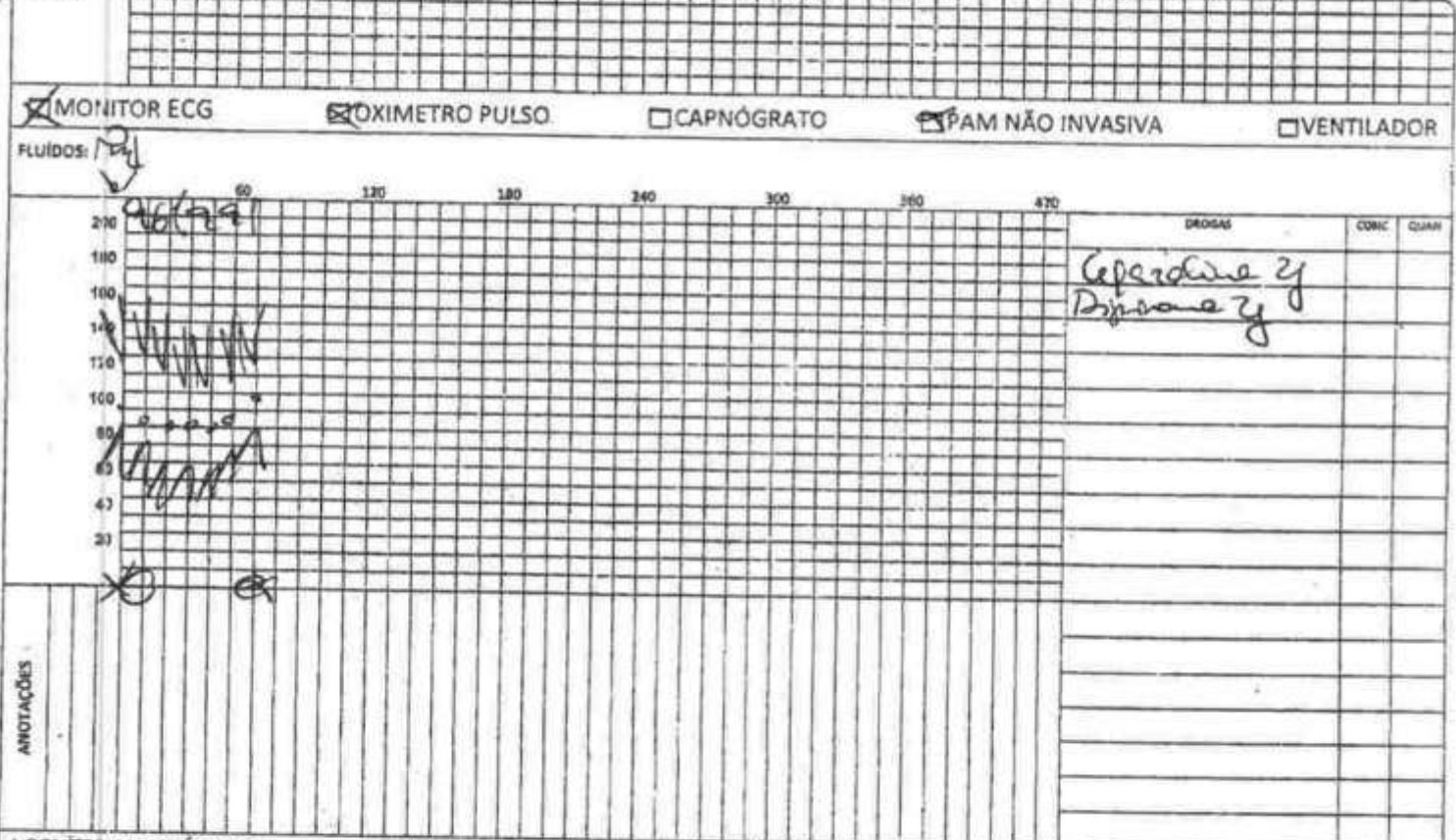
COLABORADORES: Enfermeiros João e Josvalda desde 27/06/2016

Obs.: permanecer junto ao prontuário

DATA: 16/05/2019

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

30 min. ~~antes~~



AGENTES ANESTÉSICOS: Propofol 100mg + fentanyl 100µg

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

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

TÉCNICA: Guel EV. POSIÇÃO APOS: *prona* POSIÇÃO OPERATÓRIA: _____ RESULTADO B.B.M.:

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 30 CONSCIÊNCIA: *Sadelta, acordado ao chamado, responde verbalmente*

PÓS-OPERATÓRIO: UTI SRPA DESTINO DA SRPA: LEITO ALTA HOSPITALAR CONDIÇÕES: *moderada, sem náuseas*

OBSERVAÇÕES: *Paciente orientado de 1º grau. Use pedáculos, uso de medicação, atende bem no pós-op 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-OPERATORIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

EQUIPAMENTOS

B. E. / BIPOLAR

SERRA ELÉTRICA

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

TRÉPANO ELÉTRICO

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

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

10/25/2019
DATA

MOD. 042-HCAL

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



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

PEDIDO

Nº 0170

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

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS UTILIZADOS

QTD.	MATERIAL	FABRICANTE	QUANT.	DESC. DOS PRODUTOS	P. UNIT.	TOTAL
			<i>03</i>	<i>Jo Stemmer</i>		
<p>COL. IMPLANTES LTDA Nome Comercial: <i>Frio Steinman 4.5x300</i> Codige: <i>4001300458</i> Lote: <i>04479/18</i> ANVISA: <i>1023680050</i></p>						
TOTAL GERAL						

Luclano Passos de Sousa
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-SE 866

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

FERRAPE 79-3259.1012

e 5 campas
c 3 capetas, o bntag

e 15 10914
v 27 10914

207: 217
107: 3



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

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

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES

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

Obs.: permanecer junto ao prontuário

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

Glucemia

NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero: ___ horas

INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

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

DIURESE: Ausente: ___ horas Presente: ___ vezes

BALANÇO HÍDRICO: Positivo Negativo Normal

DROGAS EM USO:

Antibióticos (dias): ~~___~~

Vasotivas (µg/kg/h): ~~___~~

Sedação (µg/kg/h): ~~___~~

Carimbo e Assinatura: *Magaly Reis da Silva*
 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:
Fract. 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: 36.7 °C Sat. de O₂: 99 % PAM: 120x40 mmHg
 mmHg PIC: 0 PIA:
 a de Coma de Glasgow: [MRO: + MRV: + 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: nenhum risco: 19 a 23 risco leve: 15 a 18 risco moderado: 13 a 14 risco alto: 10 a 12 risco muito alto: 4 a 9
PERCEPÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE	Pontos:
Completamente Intacta <u>1</u> Muito limitada <u>2</u> Moderadamente limitada <u>3</u> nenhuma percepção <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: nenhum risco: 19 a 23 risco leve: 15 a 18 risco moderado: 13 a 14 risco alto: 10 a 12 risco muito alto: 4 a 9
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: nenhum risco: 19 a 23 risco leve: 15 a 18 risco moderado: 13 a 14 risco alto: 10 a 12 risco muito alto: 4 a 9

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

Úlcera Por Pressão

Local	Data	Característica

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento

IDADE: 44 anos LEITO: 25 UNIDADE: ortopedia 2

	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
D1 Risco de quedas relacionado à mobilidade física prejudicada.	21/5	21/5	22/5	23/5	/	/	/
D2 Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos.	Y	Y	Y	Y			
D3 Dor aguda relacionada à agentes lesivos evidenciado por relato verbal de dor.	Y	Y	Y	Y			
D4 Mobilidade física prejudicada relacionada à intolerância à atividade evidenciada pela amplitude limitada de movimento.	Y	Y	Y	Y			
D5 Padrão de sono prejudicado relacionada à imobilização física evidenciado por relatos de ficar acordado.	Y	Y	Y	Y			
D6 Integridade da pele prejudicada relacionado à imobilização física evidenciado por rompimento da superfície da pele.	NA	NA	NA	NA			
D7 Integridade tissular prejudicada relacionado à mobilidade física prejudicada evidenciado por tecido lesado.	NA	NA	NA	NA			
D8							
D9							
D10							
OBSERVAÇÕES:	<p>MANHÃ</p> <p>N1</p>			<p>TARDE</p> <p>N2</p>			<p>N3</p>
NA: NÃO APLICÁVEL	<p>Magalys Reis da Silva CORENSE - 379.415 - ENF.</p>			<p>Magalys Reis da Silva CORENSE - 379.415 - ENF.</p>			<p>Magalys Reis da Silva CORENSE - 379.415 - ENF.</p>
	<p>ENF. 2 REF.</p>			<p>ENF. 4 REF.</p>			<p>ENF. 2 REF.</p>
	<p>ENF. 4 REF.</p>			<p>ENF. 2 REF.</p>			<p>ENF. 4 REF.</p>



HOSPITAL ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CIRURGIA

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

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso Desacompanhado Familiar Profissional Desambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso Orientado Desorientado Confuso Inacessível Sim Não

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Confuso Inacessível Normal Diminuída Anorético

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero Aumentada Normal Diminuída Anorético

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorético

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero Dour Ardor Dificuldade Alterações na urina:

10-URINESE: Ausente: horas Presente: vezes

Assinatura e Identificação:
 Téc. de Enfermagem
 Mônica SF 541103

07/05/2015
 08:00 Paciente vem trazer de no leite em uso de AUP.
 11:35 Afirma SIV, esquecimento no CIC.
 12:30 Operar de volta.
 12:30 Paciente queixou-se de algia, entulhada. Ingestão 100mg.

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso Desacompanhado Familiar Profissional Desambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso Orientado Desorientado Confuso Inacessível Sim Não

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Confuso Inacessível Normal Diminuída Anorético

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero Aumentada Normal Diminuída Anorético

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorético

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero Dour Ardor Dificuldade Alterações na urina:

10-URINESE: Ausente: horas Presente: vezes

Assinatura e Identificação:
 Téc. de Enfermagem
 Mônica SF 541103

07/05/2015
 13:00 Paciente vem trazer de no leite em decubito dorsal em uso de soro de pra.
 14:00 A perna SIV
 15:30 Abre o lanche oferecido
 16:00 Adm. Keflim de 200mg
 17:00 Adm. dupireno de 100mg
 18:00 Adm. Probenid de 400mg
 Segue mantendo quadro

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

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: _____ vezes
 Alterações na urina: _____ vezes

03 Paciente encaminhado para o leito 4 em sala de AUF superior.
 Onde encontra-se em leito 4, com o sistema de drenagem de urina, medicação de rotina e cuidados com a pele.
 08:00 Medicação 5.5iu, medicação de rotina e cuidados com a pele.
 09:00 Administrar omeprazol 40mg sc.
 10:00 Operar o leito, administrar omeprazol 40mg sc.
 11:00 Administrar omeprazol 40mg sc.
 12:00 Administrar omeprazol 40mg sc.

Assinatura e Identificação da Enfermeira
 Tel: 3245-Entfermagem

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: _____ vezes
 Alterações na urina: _____ vezes

13:00 Paciente encaminhado para o leito 4 em sala de AUF superior.
 14:00 Paciente encaminhado para o leito 4 em sala de AUF superior.
 15:30 Paciente encaminhado para o leito 4 em sala de AUF superior.
 16:00 Paciente encaminhado para o leito 4 em sala de AUF superior.
 18:00 Paciente encaminhado para o leito 4 em sala de AUF superior.
 19:00 Paciente encaminhado para o leito 4 em sala de AUF superior.

Assinatura e Identificação da Enfermeira
 Tel: 3245-Entfermagem

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 Paciente acordou-se no leito, em uso de AUP enfundido e isotermia.

08:00 Aférisis
 09:00 Realizada lavagem no leito + esteleira do leito, vestiário e materiais pelo equipe de limpeza de enfermagem com 2 profs.
 10:00 Operar almoço, embebido preferido 100g.
 11:00 Administração depona 1amp N.
 12:00 Administração Keftem 1g IV.

DATA: 19/05/2013

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 Seces tranqüilo.
 14:00 Aférisis SSVU, realizada pelo enfermeiro 10ml Uro
 15:00 Operar almoço, renovado AUP em NSA com G 20
 17:00 Administração depona 1amp N.
 18:00 Administração Keftem 1g IV, renovado isotermia.

Assinatura e identificação
 Dayane Santos Bezerra
 Têc. de Enfermagem
 CRP Nº 564103

Assinatura e identificação
 Dayane Santos Bezerra
 Têc. de Enfermagem
 CRP Nº 564103



HOSPITAL CIRURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento

IDADE: 44 LEITO: e-05 REGISTRO: 1092656 UNIDADE: 01021

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso

2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

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

Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade

Alterações na urina:

DATA: 07-00 às 19-00 h

Assinatura e identificação

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso

2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

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

Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade

Alterações na urina:

DATA: 16-05-2019

13:30 Paciente retorna do ee após de moça calma em uso de medicação, troço

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

15:30 A leitou lanche oferecido

17:00 em repouso no leito

18:00 adm. keflim e dipirizina de horário, acetou fontor oferecido, realizado troço

Segue montando quadro

Assinatura e identificação

NOME: Luciana Rosa de Jesus Nascimento
IDADE: 44 LEITO: C05 REGISTRO: 1092656 UNIDADE: OT3 I C05

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

Assinatura e identificação

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

Assinatura e identificação

NOME COMPLETO: Maria Rosa de Jesus UNIDADE: oto 55 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>Kaline</u>	<u>24</u> <u>06</u>	
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H			<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>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>Colo. 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>06</u>	
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

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

Dheyzon J. Dantas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - SE 5461

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

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

Magaly Reis da Silva
CORENISE - 379.405 - ENF

Cristina de Siqueira
Farmácia
CORENISE - 50251

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. HIGRATAÇÃO: <u>oral livre litratpa</u>						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>12</u>		<u>18</u>	<u>Kaline</u>	<u>24</u> <u>06</u>	<u>[Signature]</u>
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H	<u>14</u>		<u>17</u>	<u>Kaline</u>	<u>23</u> <u>05</u>	<u>[Signature]</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10</u>				<u>22</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</u> <u>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</u> <u>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. SONDA VESICAL DE ALVIO. SOS	SOS					
16. CCGG 4SSV 6/6H.	<u>08</u>		<u>18</u>	<u>Kaline</u>	<u>20</u> <u>06</u>	
17. <u>Sal mineral 10ml 3x/dia</u>	<u>08</u>		<u>18</u>	<u>Kaline</u>	<u>23</u> <u>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
Téc. de Enfermagem
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					
14					
20					
06					

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

e5

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

1. DIETA	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
<u>onul liare</u>						
2. GELCO HIDROLISADO. <u>500g 1000 ml ev p/24h</u>			<u>500</u>	<u>Kalme</u>	<u>500</u>	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.						
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.SOSSOS	<u>SOS</u>		<u>SOS</u>	<u>Gil</u>	<u>20</u>	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>SOS</u>		<u>SOS</u>	<u>Kalme</u>	<u>20</u>	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.SOSSOS	<u>SOS</u>					
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS.000UI SC 12/12H.					<u>20</u>	
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL40MG (PELA MANHA)					<u>060</u>	
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H	<u>SOS</u>					
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.	<u>SOS</u>					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: <u>200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.</u>	<u>SOS</u>					
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	<u>SOS</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	<u>SOS</u>					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.	<u>Atenção</u>					
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	<u>Atenção</u>					
16. CCGG+SSV 6/6H.	<u>Atenção</u>			<u>Kalme</u>	<u>20</u>	<u>060</u>
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

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

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

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

*CRP 50000
Dhezenir S. Dalmemoura
CRM 50000*

Nome: Therese Kelly Admissão: Leito:

Diagnósticos:
 Códigos: M() T() N() DATA: 15/05/2019 FC: 99 FR: 23 PA: 120x100 T: 37.0
 AP: Trincomol + Vent + ABT GCS: RASS: IMS: MRC: NC:
 VA: AA Sedação: DVA: SpO₂: 84
 Ventilação Mecânica: Mode: PC: TI: VC: Fluxo:
 FIO₂: PEEP: PS: I:E: FR: Sens:

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 PROCOE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Reavaliação: Paciente colaborativa. Conduta: Exercícios Respiratórios
malmente) alia em MSE. SVE: PA = 120x100 mmHg
R = 37 Bpm FR = 22 lpm T = 37.2 Sopa = 80%. Deso
a paciente confortável no leito.

Monit. Vent: Cest Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:
 PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PROCOE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Reavaliação: Pcte colaborativa, em VE, (+)
edema em MTDs sem sequelas.
Deixa a estóvel e sem intercor
nência.

CONDUTA: 1- FISIOTERAPIA MOTORA 1- FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA
 DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRO?:
 () THB () EENM () MRA () TRE VNI (Upo): Tempo:
 () TEP () Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub () Outras:
 () RPPI () Posic () Cuff () MAN () RCP () Extub
 Motora: () Passiva () 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
 ORS: Prof: Ana Kécia N. Pimentel
Professora: Natali Aragão (Preceptora)
Izabela Fontes
Credito: 155786-F
Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTA: 1- FISIOTERAPIA MOTORA 2- FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA
 DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRO?:
 () THB () EENM () MRA () TRE VNI (Upo): 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
 ORS: Posicionamento no
leito e redução de
edema do MTD.
Evika Barreto
Fisioterapeuta
CREFITO 112555-F
Fisioterapeuta/CREFITO

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

EXAMES REALIZADOS						
EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	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

Nome: Maria Rosa de Jesus Nascimento Matrícula: CS
 Idade: Admissão:
 Idiomas:
 Sinais vitais: FC: 94 FR: PA: 120x90 T: 35.6
 P: MVA AMV GCS: RASS: IMS: MRC: NC:
 A: Sedação: DVA: SpO₂: 88%
 Ventilação Mecânica: Modo: FIO₂: PEEP: Sens:
 Mont. Vent. Cest: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FIO₂:
 PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NIVEL 1 / () NIVEL 2 / () NIVEL 3 / () NIVEL 4
 Reavaliação: Paciente colaborativa, conduta: Benefícios pulmonares. Dinamizo o atendimento com intubação deixo a paciente intubada no leito. SVE: 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: () NIVEL 1 / () NIVEL 2 / () NIVEL 3 / () NIVEL 4
 Reavaliação: 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:
 RPPi Posic Cuff MAN RCP Extub
 Motora: () Passiva Ativo-assistida Ativo Resistivo
 SL Sc/MMII pand SP ORT S/L ME DEA
 Secreção: () F () M () G / () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esp () Ros
 OBS: Act. Analgesia N Primental
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:
 RPPi Posic Cuff MAN RCP Extub
 Motora: () Passiva Ativo-assistida Ativo Resistivo
 SL Sc/MMII pand SP ORT S/L ME DEA
 Secreção: () F () 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:

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

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: 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:

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

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

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

1977-78
CRM-55-5461
Direção de Saúde
Otopedia e Traumatologia

05 12 100
04 05 7
04 05 7

CRM-55-5461
Direção de Saúde
Otopedia e Traumatologia

05 12 100
04 05 7
04 05 7

05 12 100
04 05 7
04 05 7

CRM-0005633
Médico
Leonardo Roberto de Carvalho

- 0270 horas frangueiras Sr. Ernane
- 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 dois pontos de fixação por meio de placa, segue em observação.
14/05/19	# Trat cirúrgico fêmur D Paciente bem/sem/estável sem sinais de infecção em cura com antibiótico em uso de analgésico em uso de J - OK em uso de J - OK em uso de J - OK
15/05/19	# Trat cirúrgico fêmur D Paciente bem/sem/estável sem sinais de infecção em cura com antibiótico em uso de analgésico em uso de J - OK
16/05	Paciente com febre de novo início com exames de sangue e urina normal, febre febril, febril febril.

~~Dr. Augusto Leão~~
~~MEDICO~~
~~CRMSE 5961~~

Dr. Augusto Leão
MEDICO
CRMSE 5961

Dr. Augusto Leão
MEDICO
CRMSE 5961

Laciano Proença
Ortopedia e Traumatologia
CRMSE 866

112.403
Março

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES
0002283
4 - CNES
0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

6 - N° 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 N° DO TELEFONE
DDD **79** **96559429**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
ANTONIO DUARTE DE LIMA / ESPOSO

14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE
DDD **79**

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
RUA EGIDIO DOS SANTOS N.50

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF
SE

19 - CEP
49500000

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ITABAIANA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Constata-se do exame do Fêmur O que
Osteoporose por causa de
T*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

T

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

Ex

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Ex do Fêmur do Fêmur S723

V030

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*Intervenções
Ortopédicas*

0408050510

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ortopédicas

() CNS () CPF

0051350335

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARRAMBA (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Cláudio Gilberto Assis 13/05/09

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 - N° DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

281910016052-5

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARRAMBA (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

15/05/09

*Dra. Angélica Ferreira da Silva
Médico(a) Especialista em Ortopedia
CRM - CE 3686
CPF: 876.150.735-20*

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

CRL CRE <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>

13 de maio de 2019 16:42

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

Boa tarde.

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

1. Informações gerais

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

Favor comunicar aos familiares.

2. Informações específicas:

Entregar obrigatoriamente a equipe de transferência :

- Cópia do DUSV Enfermaria
 - Cópia da prescrição médica atualizada
 - Cópia da evolução médica atualizada
 - Cópia da evolução enfermagem atualizada
 - Cópias dos resultados dos últimos exames
- Se o paciente for idoso favor encaminhar junto ao mesmo um acompanhante para realizar a admissão hospitalar.

OBS1: Realizar a transferência hoje ate as 17h horas, caso não seja possível, realizar amanhã a partir das 7:00**OBS 2: O transporte do paciente fica sob responsabilidade da unidade solicitante.****OBS 3: Encaminhar documentos pessoais do paciente****OBS 4: O leito ficará reservado para o determinado paciente até 24 horas, a contar deste comunicado. Se o leito for liberado a partir das 17h, esse prazo começa a contar das 7h da manhã seguinte.**

Atenciosamente,

Yuri Lobão

Médico Regulador

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

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

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

ATENDIMENTO

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

PACIENTE CARTÃO SUS: 705009073100254

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

RESPONSÁVEL:

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

*Coord - 1/2403
Soete - 962*

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S72.3-Fratura da diáfise do fêmur
ORIGEM: Itabaiana
DIAS INTERNAMENTO: 4
PROC. SUS: 040805051-9 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Diafise Do
A.H.: 2819

*EX < Pós: OK
Pós: OK*

*Alta Hospitalar
24/05/19*

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 13.016.332/0001-91
--	------------------------------	---------------------------

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ORTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MULTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS			

<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS		<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE		<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

Por operatório realizado fraturas do pé do fêmur com fixação

Soluções permanentes man

EXAMES COMPLEMENTARES	<i>Ronco</i>
TRATAMENTO	<i>Cirurgia</i>
PROCEDIMENTO AUTORIZADO	
DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO	

AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO	
MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) <i>06/08/19</i>	MÉDICO AUTORIZADO (ASSINATURA / CARIMBO) <i>Dr. Viviane Pereira da Motta Supervisão Médica SES CRM SE 3686 CPF 876 104 735-20</i>
	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)

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

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

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA **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

BARRIO / DISTRITO
CIRURGIA

CNPJ / CPF
13.016.332/0001-06

DATA DA EMISSÃO
27/05/2019

MUNICÍPIO
ARACAJU

UF
SE

FONE / FAX
(079) 210672-3655

CEP
49055-210

DATA DA SAÍDA
27/05/2019

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
16:36:15

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

CALCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0-EMITENTE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEIC

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QTD ANTIDADE

ESPECIE
Caixas

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Fantasia: FUNDAÇÃO DE BENEF. HOSPITAL DE CIRURGIA / PACIENTE: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO - SUS - DR. PAULO 04080105051-9 - 1092656 - AID 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 15:38 pelo USG/DANFE 3 e 19 Fpaw | www.usgdnfe.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.

Dr. Wilson S. Damasceno
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-SE 5461



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

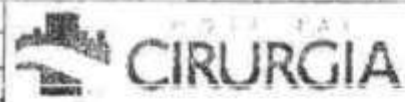
UNIDADE:

PACIENTE: Maria 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. Reduco A. de + Fixacao abo Equip. Ab. Pauter Esp. V. roscas</p> <p>(D) Prezado</p> <p style="text-align: right;">Dr. Paulo Salotti Médico CRM - 5461</p> <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>RAIOS X/ 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 X/ FBHC	DATA 22/05/19	INCIDÊNCIAS	VISTO TÉCNICO	Femur O2P	Klemia
RAIOS X/ FBHC	DATA 22/05/19						
INCIDÊNCIAS	VISTO TÉCNICO						
Femur O2P	Klemia						
23/05/19	<p>#) Inat dual femur D - 190</p> <p>Fonte REG/LOG/AAA</p> <p>Na qual e intercon. FO A. umu, dea, S. em flog.</p> <p>em alta prog p/ amanda</p> <p style="text-align: right;">Dheymann J. Dannemann Ortopedia e Traumatologia CRM SE 5461</p>						
24/05/19	<p>#) 290 Inat dual femur D</p> <p>Fonte REG/LOG/AAA</p> <p>Na qual e intercon. FO A. umu, dea, S. em flog.</p> <p>em alta hospal.</p> <p style="text-align: right;">Dheymann J. Dannemann 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 PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente colaborativa conduta: exercícios respiratórios

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

pele e mobilização polela esquerda. Finaliza o atendimento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBS: Acc: Anaclécia V. Pinheiro

Professora: Natali Aragão (Preceptora)

Isabella Fontes

Cufito: 155486-F

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

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

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

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

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 PRECOZE: () 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, exercícios respiratórios, mobilização precoce com

mobilização ativa, 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 POR?:

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

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

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

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

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

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

OBS: Acc: Gabriela Cardoso Frainco

Professora: Natali Aragão (Preceptora)

Isabella Fontes

Cufito: 155486-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:

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: Letto:

Diagnósticos: Fratura de fêmur
 Códigos:
 M() TN() 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:
 PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Reavaliação: Pata estavel em A.A. sem queixas colaborativa e (+) edema da MID. Deixa-a confortável e sem intercorrência.

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

OBS: Redução do edema do MID.
Maika Barreto Pereira
 Fisioterapeuta
 CREFITO 173688-F
 Fisioterapeuta/CREFITO

M() TN() 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:

PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOZE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4
 Reavaliação: Paciente parcialmente orientado e colaborativo. Foi realizada totalmente de NIE, pontal, controle de MHS e mobilização de tronco segundo o máximo tolerado por Nuro/MHS/HMI, alongamento MHS, exercício respiratório xuro/labial, e em diagnóstico S.F.P.A. 120/80, FC. 85, f.R. 19, SaO₂ 97.
 CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDUTA: ~~FISIOTERAPIA MOTORA~~ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

CONDUTA: ~~FISIOTERAPIA MOTORA~~ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

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

() THB	() EENM	() MRA	() TRE	VNI (tipo):	Tempo:	
() TEP	<input checked="" type="checkbox"/> Ex. Resp	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub	Outras:
() RPPI	<input checked="" type="checkbox"/> 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 () Esv () Ros

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

() THB	() EENM	() MRA	() TRE	VNI (tipo):	Tempo:	
() TEP	<input checked="" type="checkbox"/> 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 () Esv () Ros

OBS: Redução do edema e evitar contraturas.
Enika Barreto Pereira
 Fisioterapeuta
 CREFITO 116505-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 :	Se:
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 :	B ⁺
GASO:		pH:	PaO ₂ :	PCO ₂ :	HCO ₃ :	B ⁻
RAIO X:		OUTROS:				

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

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

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

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

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

1. DIETA	07:00 AS 13:00	13:00 AS 19:00	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
2. GELCO HIDROLISADO.				
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.				
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H, SOSSOS				
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.				
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H, SOSSOS				
7. CEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS, 000UI SC 12/12H.				
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H, OU OMEPRAZOL 40MG (PELA MANHÃ)				
9. PLASIL 1 AMPLA EV 8/8 H				
10. SONDA VESICAL DE ALVIO 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 DECUBITO 4/4H.				
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.				
16. CCG+SSW 6/6H				
16. CURATIVO DIÁRIO				
17. <i>SFO 8% - 1500 1 2 2 1 4</i>				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				

Marcelo Romão da Silva
Médico
CRM 5301

Anabelle De Melo F. Mendes
Enfermeira
COREN: 73521

Ministerio da Saude
Conselho Nacional de Enfermagem
COREN 127662

05/05
CS

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

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <u>oral leve</u>						
2. HIDRATAÇÃO: <u>PHO 1000 ml 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>Justina</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10</u>		<u>18</u>	Kaline	<u>22</u>	<u>Justina</u>
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	<u>08</u>		<u>19</u>		<u>24</u>	<u>Justina</u>
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	<u>09</u>					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)						
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>			<u>19</u>		<u>06</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 RESPIRATORIA.	FISIO					
15. Sonda vesical de alívio. SOS	SOS					
16. CCGG+SSVV 6/6H.	<u>08</u>		<u>24</u>	Kaline	<u>20</u> <u>06</u>	
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

DR. JOÃO CARLOS DE MOURA
MÉDICO
CORENSE - ENF

João Carlos de Moura
Médico
CORENSE - ENF. 109.974

Margarida da Silva
Fisioterapeuta
CORENSE - ENF

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

Silvia
Lopes
com 420
Margarida da Silva
Fisioterapeuta
CORENSE - 379.405 - ENF



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de horário				Requisição de Enfermagem	
Item	Dieta	1º Turno		2º Turno		3º Turno	
		07h-13h	13h-19h	19h-07h	07h-13h	13h-19h	19h-07h
-	Dieta: <u>normal do 2º b</u>						
-	SE 99% KV 1000 ml n/24h		500	Kaline	500		
-	Veflex 1g IV 6/6h	12	1g	Kaline	200		
-	Opium 2cc + 8 amp IV 6/6h	12	1g	Kaline	200		
-	fraxel 100 + 100 ml 505 SE 99% IV 8/8h 505		1g	Kaline	20		
-	Plexane 40g SC 1x/dia - 09					25	
-	Dancopagal 90g - 1x/dia 12h					05	
-	Cerdex 1g						
-	CR 60 + CS 100 6/6h	08	1g	Kaline	20	05	

Luciano Passos de Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 868

Luciano Passos de Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 868

Magaly Reis da Silva
CORENISE 379.405 - ENE

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

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

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

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

CRM: 0005633
Médico
Leonardo Monteiro de Carvalho

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

Stefano de Carvalho
CRM: 0005633
COREN-SE 421301

Yonara Rosende Santa Rosa
COREN-SE 96477 - ENF

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

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 laxante 500ml 1000ml 1000ml</u>	<u>500</u>		<u>16</u>		<u>500</u>	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<u>12</u>		<u>16</u>		<u>24</u> <u>06</u>	
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>11</u>		<u>17</u>		<u>24</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>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</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 alívio. <u>SOS</u>	<u>SOS</u>					
16. CCGG-SSV 6/6H.	<u>08</u>		<u>14</u>		<u>20</u> <u>06</u>	
17. <u>Água mineral 10ml 08/08h</u>	<u>08</u>		<u>14</u>		<u>20</u> <u>06</u>	
18. <u>Dactulonu 40ml VO 12/12h</u>	<u>08</u>				<u>20</u> <u>06</u>	
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Dheysson D. Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 5461

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

Marcelo Caldeira de Aguiar
Fisioterapeuta
COREN-SE 17562

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



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

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA: <u>ord. livre laxativa, 2200 kcal</u>						
2. HIDRATAÇÃO: <u>SF 0,9 1000 ml EV p/ 24h</u>	500				500	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H	32		18	Kaline	24/05	[Signature]
4. DAPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	14		17	Kaline	24/05	[Signature]
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	10				22	[Signature]
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SOS</u>	SOS		16		24	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	09					
8. OMEPRAZOL 20MG VO (PELA MANHÃ)					05	[Signature]
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H. <u>SOS</u>	SOS		14		24/05	
10. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. (SE DIABÉTICO) INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg	SOS					
14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.	FISIO					
15. Sonda vesical de alívio. SOS	SOS					
16. COBG+SSV 6/6H.	08		18	Kaline	20/05	[Signature]
17. <u>Sal mineral 10ml 08/08h</u>			18	Kaline	24/05	[Signature]
18. <u>Diclofenaco 40ml VO 12/12h</u>	18				20	[Signature]
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: 05

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) Galidonec 1g E x 8/6h	8	1g	Kalime	20				
	4) Clonazepam 10mg E x 2/12h		1g	Kalime	060				
	5) Dipirona 1g E x 6/6h	14	1g	Kalime	20050				
	6) Tramadol 100mg + SFC 91.1000 mL E x 8/6h	12:30							
	7) Escitalopram 10mg SFC 1000 mL	9							
	8) Imefranil 20mg 1x/dia								
	9) CCG + SFC	8	1g	Kalime	2000				
	10) Curatim de 200mg								

Dr. Paulo Salotti
Médico
CRM - 4451

Dr. Paulo Salotti
Médico
CRM - 4451

Tomy Nino
Tatiana Menezes
ENFERMEIRO
CONEXÃO 131122 - 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>09</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 RESPIRATÓRIA.	FISIO					
15. SONDA VEŚICAL DE ALVIO. SOS	SOS					
16. CCGG+SSVV 6/6H.	<u>08</u>		<u>8</u>	<u>Kalime</u>	<u>20 06</u>	
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Dheryson S. Dannemann
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 51461

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

JO:TOR

Magalhães da Silva
COREN-SE - 379.405 - ENF

Criziane Siqueira
COREN-SE 63251

NOME COMPLETO:

Maria Rosa de Jesus

UNIDADE:

Ortop II

DATA:

21/05/19

D.N.: 30/12/74

MATRÍCULA:

1092636

ADMISSÃO: 13/05/2019

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

Ondina Souza
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 1092636

Ondina Souza
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 1092636

Delta
Dreyzom
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 5461
Dina Q. P. Rodrigues Santos
CRM-SE 519474-ENF.
11:50h

Ondina Souza
Téc. de Enfermagem
COREN/SE 1092636

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 Anoréxico
 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 de Enfermeiro
 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 Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero
 Alterações nas fezes: Dor Ardor Dificuldade
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina:

13:00 Paciente encontra-se no leito em decúbito dorsal em uso de gelos humidizados.
 14:00 Apresenta SSV.
 15:30 Apresenta almoço oferecido.
 16:00 Paciente se queixa de alergia adm. dipirona 505.
 Removido gelo conforme prescrição.
 18:00 Adm. thermal 505 post. se queixa de alergia.
 Apresenta jantar oferecido.
 Segue mantendo quadro.

Assinatura e identificação de Enfermeiro

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

DATA: 15/05/2019

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

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

Assinatura e identificação
 Dra. Janyne Santos Beze
 Enfermeira de Enfermagem

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 ventose.
 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 | SEXO: CS | REGISTRO: 1092658 | UNIDADE: Ortopedia II

DATA: 07/06/2019

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

07:00 Paciente encontra-se no leito, em estado de AUP, apresentando
 dor no terço superior, em caso de trauma em M.D.
 08:00 Aférisis SSVV.
 09:00 Administrado celestone 40 mg SC.
 10:00 oferecido lanche, ministrado morfina 100 mg IV.
 11:00 Administrado dipirona 1 amp IV.
 12:00 Administrado Keplim 1g IV, ministrado diclofenaco 75mg IV.

Assinatura e identificação
Dayane Santos Bezer

DATA: 08/06/2019

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

13:00 Paciente encontra-se no leito em decúbito dorsal, em uso de soroterapia, tendo
 14:00 Aférisis SSVV
 15:00 Adm. dos honorários de honorário
 15:30 Aférisis lanche oferecido
 17:00 Adm. dipirona de honorário
 18:00 Adm. Keplim de honorário
 segue montando quadro

Assinatura e identificação
Dayane Santos Bezer



HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

DATA: 19.05.19

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

07hs Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, consciente, orientada verbalizando no momento a febre, supneica, em companhia de familiares. Seque sem desconforto.
 08hs Administrado Octalona VO conforme prescrição.
 09:30 Realizado banho no leito + hidratação corporal. Seque com toalhas aquecidas 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
 10-DURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações na urina: _____

13hs Paciente seque aos cuidados da equipe multimedica. Plinar sem desconforto no presente momento.
 14hs Administrado óleo mineral 10ml VO conforme prescrição.
 15hs Pertado de aceto Panhi.
 16hs Paciente seque sem desconforto no momento.
 17hs Administrado Dipirona IV conforme prescrição medica.
 18hs Administrado cafeetina IV conforme prescrição medica.
 Paciente seque 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: 20/12/2018

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, enfundendo neoplenin em AP;
 08:00 período SSUV, realizou lactulose 40ml VO.
 09:00 administração de xaxo 40mg SC
 10:00 ofereceu lanche, emitiu prescrição 100mg N.
 11:00 administração de paronol 150mg VO
 12:00 administração Keftem 1g VO

Assinatura e identificação
Doutora Sônia Bez
Téc. de Enfermagem

DATA: 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 Keftem de honorio, acitou lanche
 segue montando quadro

Assinatura e identificação
Cátia

1- RITMO: Caprótico Eutrético Obeso
 2- COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional
 3- LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Imobilizado Imobilizado
 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
 Alterações nas vezes: _____ vezes
 Alterações na urina: Dor Ardor Dificuldade

19 - febre alta mais alta durante a noite com temperatura de 38,5°C
 18 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 17 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 16 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 15 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 14 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 13 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 12 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 11 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 10 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 09 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 08 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 07 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 06 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 05 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 04 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 03 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 02 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 01 - febre alta com temperatura de 38,5°C
 00 - febre alta com temperatura de 38,5°C

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																									

Assistentia 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
 Tec. Enfermagem

DATA: 23/05/2019
 13:00 às 19:00 h

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

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

Assinatura e identificação
 Karina Lima de Sá Pinheiro
 Tec. Enfermagem

05/05/2018

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 2º DPO, em uso de AVP em serotipis
 08:00 - Foi aferido SSVU, foi administrado tramal 100 mg conforme prescrição médica, acitou o dequês
 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

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
 14:00 - Aferido SSVU, realizado curativo com feixe de fêmur direito
 15:30 - Retirado AVP por ordem de alta hospitalar

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

Área de Enfermagem
 Tec. Enfermagem

Ubro Orotraqueal Data de Instalação: ___/___/___ Data da Última Troca: ___/___/___ Data da Retirada: ___/___/___	Traqueotomia Data de Instalação: ___/___/___ Data da Última Troca: ___/___/___ Data da Retirada: ___/___/___	Sonda Gástrica Data de Instalação: ___/___/___ Data da Última Troca: ___/___/___ Data da Retirada: ___/___/___	Sonda Enteral Data de Instalação: ___/___/___ Data da Última Troca: ___/___/___ Data da Retirada: ___/___/___
Sonda Vesical de Demora Data de Instalação: ___/___/___ Data da Última Troca: ___/___/___ Data da Retirada: ___/___/___	Catéter Venoso Periférico Data de Instalação: ___/___/___ Data da Última Troca: ___/___/___ Data da Retirada: ___/___/___	Catéter Venoso Central Data de Instalação: ___/___/___ Data da Última Troca: ___/___/___ Data da Retirada: ___/___/___	Data de Instalação: ___/___/___ Data da Última Troca: ___/___/___ Data da Retirada: ___/___/___

CONTROLES / ÚLTIMAS 24 HORAS

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

NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero: ___ horas
INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxico

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

DIÚRESE: Ausente: ___ horas Presente: ___ vezes

BALANÇO HÍDRICO: Positivo Negativo Normal

DROGAS EM USO:

Antibióticos (dias): ~~___~~

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: 30/5/19 HORA: 13:00

SEXO: MASCULINO FEMININO DIH: 13/5/19

STICOS MÉDICOS:

Fratura de fêmur ⊕

ESPECÍFICO:

INDICADORES DE GRAVIDADE

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

SpO2: 98 bpm FR: 16 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): 0

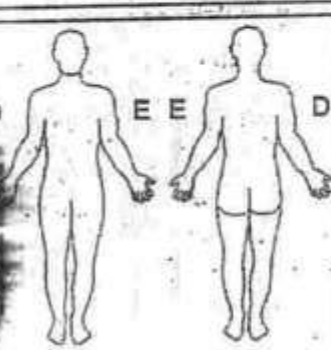
HISTÓRICO DE QUEDAS	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	Pontos:
0 15	Não Sim	0 15 30	Risco baixo: 0 a 24 médio: 25 a 44 alto: 45 a 49
0 20	Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas Fraca Comprometida ou Gêmeleante	0 10 20	

PERCEÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE	Pontos:
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	Risco nenhum risco: 19 a 23 risco leve: 15 a 18 risco moderado: 13 a 14 risco alto: 10 a 12 risco muito alto: 4 a 9
1 2 3 4	Muito pobre Inadequada Adequada Excelente	1 2 3	

LIÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

kg, Altura: m.

Paciente no leito acamada, orientada, eupneica, hidratada, sem queixos. Permanece aguardando alta médica.



Úlcera Por Pressão		Característica
Local	Cela	

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO: h. Paciente adm na SRPA após ato cirúrgico em abdome
 assistido + RVP + Soro + Iodo + Iodo em HD.
 com torçãõ de 83, SpO2 100%, PA 151/23. Ausc. eudorais de empemegias

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

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

DIAGNÓSTICO: 14.00h. Paciente encaminhado para
 setor em sala de recuperação de
 após de funcionamento de *João Carlos de*
João Carlos de

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: RESPOSTA: ___

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

Out II

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Maria Rosa de Jesus Nascimento Procedência: Matricula: 1092656
Idade: 44 Sexo: F IM Data de admissão: 16/05/19 Leito:

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue () SIM () NÃO Volume: Vaga na UTI () SIM () NÃO
Preparo: (X) 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 (X) Outros:
Alergia conhecida: () SIM (X) NÃO () QUAL (IS):
Hábito de vida: Tabagista: () SIM (X) NÃO () TEMPO: / Etilista: () SIM (X) NÃO () TEMPO:
Passado cirúrgico: (X) SIM () NÃO () QUAL (IS): Cirurgia
Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IRC () ITU (X) NÃO
Faz uso de medicamento: () SIM (X) NÃO () QUAL (IS):

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)



HORARIO: 05:30h.
Paciente admitida na SRPA para submeter-se a um procedimento cirurgico, veio na maca calma, orientada, euporico, verbalizando em uso de BUP em US + Doraleptia, acompanhado da equipe de enfermagem com oxím. e monitor. completo das vitais da equipe de enfermagem SSVU. RA= SPO= 85. FC= 82
ASSINATURA: Fabiana dos Anjos 1358216-TE

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Cirurgião: Dieluciano Paula
Instrumentador: Medreip
Anestesiologista: Pro Andreip
Circulante: Joreip

Proposto: Realizado:
Horário - Início: h e Término: h.
Monitoração: (X) 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)

HORARIO DE ENTRADA NA SO: h. HORARIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: h.
Paciente recebida p/ procedimento cirurgico e uso de maca com ceno Ueceno USSE respaldando a doraleptia verbalizando monitorado PA 151x 71 mmHg Pulso 90, segue a cirurgia. Resumo de vitais paciente encaminhado p/ sala de SRPA p/ monitoragem.

Erivane Silva Santos
SAC Clínica/OPC
Tel. 35440

Fabiana Santos Costa
Enf. de Enfermagem
CORENSE 454851

ASSINATURA:

Fabiana Santos Costa
Corense
454851

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

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

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

NOME DO PACIENTE: _____ Nº: **371279**

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

ENDEREÇO COMPLETO: **Rua Egidio dos Srs** RESIDÊNCIA: **Ilha Comprida**

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

TIPO DE SOLICITAÇÃO

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

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO: **S. Fw de Steinem. 4,5 x 3 00**

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

TRATAMENTO: _____

PROCEDIMENTO AUTORIZADO: _____

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO: _____

AUTORIZADO: SIM NÃO MOTIVO DA REJEIÇÃO: _____

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO): **06/08/99** MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO): **Supervisora reneia da Silva** CRM-SE 30857 MDE 996 198 735 47 MÉDICO AUTORIZADOR: _____ MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO): _____



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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

Duciano Passos de Sales
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 886

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Duciano Passos de Sales
 CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	<u>1</u>	<u>Fio Steinman 4.5x300</u>
		IOL IMPLANTES LTDA
		Nome Comercial:
		Fio Steinman 4.5x300
		Código: 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 esplenico DATA: 16/05/19 CIRURGIÃO: Dr. Marcos Paulo
1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____
ANESTESIA: galeudokug ANESTESIOLOGISTA: Dr. Andreio
CIRULANTE: Vanep

MEDICAMENTOS	QNT	NOTADRENALINA 8MG\4ML
ÁCIDO TRAMEXÂMICO (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
CLOPROPRIDAZINA 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		MICROSCÓPIO 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
PIOSCINA (PISCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML		GÁS CARBÔNICO
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		OXIGÊNIO
IMIPINEM - CILASTINA (TIENAM) 500MS\120ML		PROTÓCIDO DE AZOTO
IOXITALANATO DE MEGLUMINA (TELEBRIX)		VÁCUO
LIDOCAÍNA (5\VASO) 1% () 2% ()		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
LIDOCAÍNA 10% SPRAY 50ML		ÁGUA DESTILADA 1000ML
LIDOCAÍNA GELEIA (BISHAGA) 30G		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML
LIDOCAÍNA + EPINEFRINA (C\VASO) 20ML - () 2% ()		SORO RINGER + LACTATO 500ML
METOPROLOL 25MG COMP.		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML
METOPROLOL 50MG COMP.		SORO GLICOSADO 5% 500ML
METRONIDAZOL 500MG\100ML		SORO GLUCOFISIOLÓGICO 5% 500ML
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML		FIOS CIRÚRGICOS
NEOSTIGMINA 0.5MG\ML		ACD MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5
ALGODÃO 7AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO MICROGOTAS - QNT () EQUIPO P\ TRANSFUÇÃO - QNT ()
ALGODÃO 7AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO AMBAR - QNT ()
CATGUT CROM. 7AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL
CATGT CROM. 5\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS
		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()
		IRRIGAFIX 4 VIAS

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO DE SALA

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

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM	1 - CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()
MONOCRYL 5.0 REF Y495	LÂMINA 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 PERIURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20	20 () 22 ()
AGULHA DE B/QUI Nº () 25 () 27	SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM ()	20 ()
15CM () 20 CM ()	SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
ATADURA CREPOM 10CM	20 ()
ATADURA CREPOM 15CM	SONDA CATETER TIPO OCULOS
ATADURA CREPOM 20CM	TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS
ATADURA GELADA 10CM () 15CM () 20CM ()	FRACIONADOS
BOLSA DE COLOSTOMIA	CAL SOLDADA
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()	ESPARADRAPO COMUM
9.0 ()	ESPARADRAPO ANTIALERGICO
CAPA P/ MICROSCÓPIO () CAPA P/ VIDEO ()	ETER SULFURICO
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	FORMOL 10%
DRENO DE IGERH EM T Nº 12 () 4 () 5 () 6 ()	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 MEDICINAL	

Compreas grandes o/ pit / Jss 2 p/les o/ 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 GASTRICA/ENTERAL () OSTOMIA
 FRALDA () DRENO SUCCO: ___ () DRENO PENROSE: ___ () DRENO TORACICO: ___ () DRENO TORACICO

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

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

HORARIO: ___ h. *Paciente adm na SRPA após ato cirúrgico calma e tranquilo, SpO₂ maior que 96% em O₂ suplementar. FC 69 bpm, pegue dos euidos sem queixas*

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 INDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)

		Valor	0	30	60	90	120
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	02	1				
	Capaz de mover os 02 membros	01		2			
	Incapaz de mover os membros	0			2		
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02	2				
	Dispneia 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: Marysa Rosa de Jesus Nogueira Procedência: Ortopedia II Matrícula: 1092650
 Idade: 411 Sexo: M F Data de admissão: 13/05/2019 Leito: enc.

TRANS-OPERATORIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORARIO: _____ h.



ASSINATURA: _____

INTRA-OPERATORIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Paulo Salatti
- Instrumentador: Marcia
- Anestesilogista: A. Marcelle
- Circulante: Rafaela

SERVIÇO DE APOIO

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Interocorrências)

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, SpO2 e pressão arterial. PA: 88x53 mmHg, FC: 70 bpm, SpO2: 99%. Realizada anestesia + ato cirúrgico. Paciente encaminhada para a SRPA em uso de suporte de vida, monitorada e sob plano anestésico adequado.

Líndene Sílvia Santos
 Enfermeira
 C.R.E.N. 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

SEXO: Masculino Feminino

ENDEREÇO COMPLETO
Rua Jacóbio dos Santos 71º 50

DATA DE INTERNAÇÃO: 13/05/29
HORA DE INTERNAÇÃO: 18h 32 Min.
CARÁTER: URG ELETIVA
TIPO: 03
ENFERM: 03
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"/> 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"/> 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 unitários.

Dr. Paulo Salatti
Médico
CRA - 459

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO: SIM NÃO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO): 06/08/29

MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO): [Carimbo]

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)




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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr Paulo Solotti 
 CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____ CNPJ: _____
 Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____ / _____ / _____
 Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



Rua Vereador Joaquim Mauricio 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: 22/08/18
 MAT.: 109 2656
 SENHA/GUIA: 0408030305
 AIII:

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

Dr. Paulo Salbetti
 CRM-15851

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

FECGRAFE 79 3259 1012

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE: Maria Rosa de Jesus Nascimento MATRÍCULA: 10.92656 CONVÊNIO: SUS
 CIRURGIÃO REALIZADA: Arranjo Cirurgico do diafragma de fono DATA: 22.05.2019 CIRURGIÃO: Dr. Rafael S. S. Silva
 1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____
 ANESTESIA: Rapina + Sedação ANESTESIOLOGISTA: _____
 CIRGULANTE: Rafael

ONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM		1 - CATH-AMARELO () AZUL () VERDE ()	
ONOCRYL 5.0 REF Y495		LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()	
ONOFYL 3.0 C2 AG. 70CM		LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()	
ONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	05	LUVA ESTERIL 7.0	
() 10 ()		LUVA ESTERIL 7.5	
DIESTER (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()		LUVA ESTERIL 8.0	
DIIPROPILENO (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/SSC		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 ()
AT 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			
RAPIADOR 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	01	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	
GULHA DE P/ QUI Nº () 25 () 27		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	
CAPIA 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 GIBUKIAM 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
GUA DESTILADA 10ML		ONDASTERONA 8MG\4ML
AMINOFILINA 24MG\10ML		PANCURONEO 4MG\2ML
TRACURUM 25MG\5ML <u>Fintamil</u>	01	PENTOXIFILINA 100MG\5ML
TROPINA 0.25\MG\ML		PENINSULINA G POTASSICA 5000.000UI
BICARBONATO DE SÓDIO 0.4% 10ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG\2ML
LUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) C/ CASO 1200.00 20ML		RANITIDINA (ANTAK) 50MG\2ML
LUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) S/ VASO 0.5% 20ML		SUBGALATO DE BISMUTO 30G
LUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) PESADA 0.5% 20ML		SUXAMETONEO 100MG\FRASCO
LAETOPRIL 25MG COMP.		SUXAMETONEO 500MG\FRASCO
CEFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL. INJETAVEL		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML
CLORPROFENAZINA 25MG\5ML		VANCOMICINA 50MG\ML
CEFAZOLINA 1G SOL. INJETAVEL	02	EQUIPAMENTOS
CEFTRIAXONA 1G SOL. INJETAVEL		APARELHO DE ANESTESIA
ETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO	01	BISTURI ELETTRICO BIPOLAR
CIPROFLOXACINO 200MG\100ML		CAPNOGRAFO
CISATRACURIO (NIMBRIN) 10MG\5ML		DESFIBRILADOR
CLINDAMICINA (DALACIN) 600MP\4ML		ENDOSCÓPIO
CLONIDINA SOL. INJETAVEL <u>Nimbril</u>	01	ESTRIBO
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		FOTÓFORO
COLAGENASE 30G BISMAGA		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\1ML		GÁS CARBÔNICO
PIOSCINA (PIUSCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG\ML		OXIGÊNIO
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		PROTÓTIPO DE AZOTO
IMPINEM - CLASTINA (TIENAM) 500MG\120ML		VÁCUO
OXITALAMATO DE MEGLIUMINA (TELEBRIX)		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
LIDOCAÍNA (S/ VASO) 1% () 2% ()		ÁGUA DESTILADA 1000ML
LIDOCAÍNA 10% SPRAY 50ML		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML
LIDOCAÍNA GELEIA (BISMAGA) 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>Hutgerform</u>	01	SORO GLICOFISIOLÓGICO 5% 500ML
METOPROLOL 50MG COMP.		FIOS CIRÚRGICOS
METRONIDAZOL 500\MG\100ML		ACO MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5
MOLOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML		EQUIPO MICROGOTAS-QNT () EQUIPO P/ TRANSFUÇÃO-QNT ()
MOSTIGMINA 0.5\MG\1ML		EQUIPO AMBAR - QNT ()
MOODÃO (VAG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL
MOODÃO (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 Noroide
 MATRÍCULA: _____ IDADE: _____ CONVÊNIO: SUS

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

EQUIPAMENTOS

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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

- (1) Exame físico + ultrassom + rai
- (2) Acesso ao punho
- (3) Redução da fratura + punho
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
 (C05)

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 19/05/2019 13:17

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

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

Referência

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

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

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

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

LEUCOGRAMA

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

5.000 a 10.000/mm³
 40 a 70 1.600 a 7.300
 01 a 04 50 a 400
 00 a 02 00 a 200
 20 a 50 1000 a 5000
 03 a 10 150 a 1000

PLAQUETASValor Encontrado 277.000 /mm³150.000 a 400.000/mm³

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
 Biomédica
 CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
 Biomédica
 CRBM 0948

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
Metodo:Automatizado

		Referência
TEMPO DE PROTOMBINA	11,2	10,0 a 14,0
PROTOMBINA (ATIVIDADE)	100	70 a 100%
INR	0,9	0,81 a 1,13

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

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

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1985Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anna Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

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

UREIA

Data Coleta: 19/05/2019 13:17

Material: Soro
Metodo: Enzimático Colorimétrico

RESULTADO

24 mg/dl

ReferênciaAdulto: 17 - 43 mg/dl
Criança: 11 - 45 mg/dlMônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anne Regina P.C. Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Raiton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909



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

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

CRL CRE <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>

13 de maio de 2019 16:42

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

Boa tarde.

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

1. Informações gerais

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

Favor comunicar aos familiares.

2. Informações específicas:

Entregar obrigatoriamente a equipe de transferência:

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

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

OBS1: Realizar a transferência hoje 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

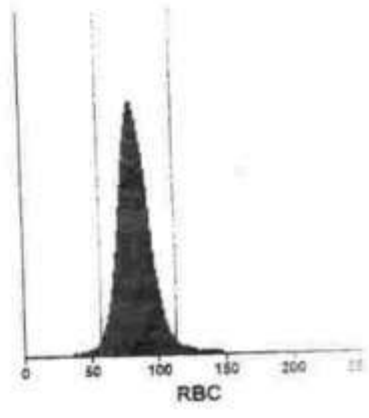
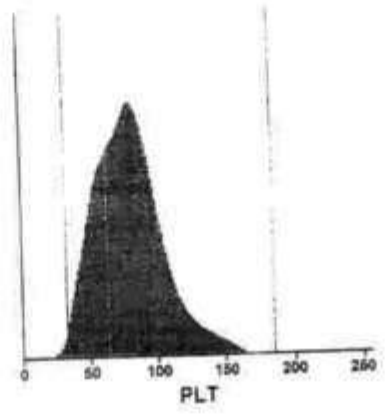
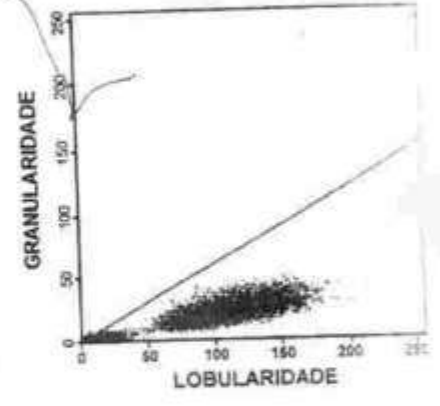
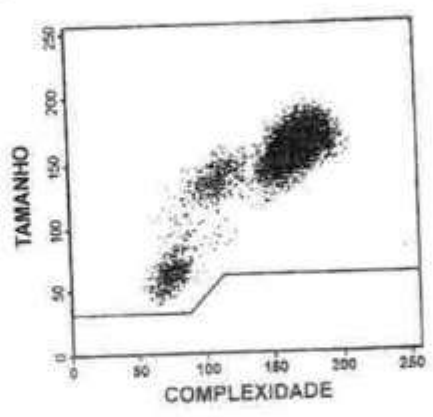
ag Diagrama
Amoest No_ID
Nome Pac MARIA ROSA DE JESUS
Pac VERDE TRAUMA

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 %
EOS	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	1.63-6.96	HGB	10.8-14.2
LYM	1.09-2.99	HCT	37.7-53.7
MONO	240-790	MCV	81.1-96.0
EOS	0.30-0.440	MCH	27.0-31.2
BASO	0.00-0.080	MCHC	31.8-36.4
		RDW	11.5-14.5
		PLT	155-366
		MPV	6.90-10.5

LAB HUSE
Resultados por amostra

13-05-2019 12:22:47

lab 51E-0300521

ver 2.0.0.166

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

Opinion
ERBY DBL

Ativ. não validada manualmente (ID)
 Atividade não validada manualmente
 Atividade não validada manualmente
 Atividade 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 Cancelado
 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 PERVIDO	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		
23		

Antônia Francisca Capistrano
Ortopedia / Traumatologia
CRM 850



GOVERNO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Fx femur @ (diária)



PRONTO SOCORRO ADULTO

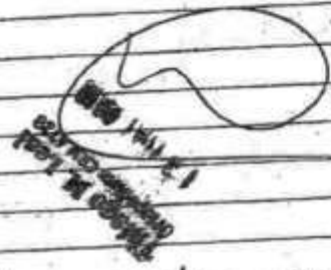
HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

12/05

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

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



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

Roberta Amador P. da S. Barros
CRM 17983 - RN
12/05/2019

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

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

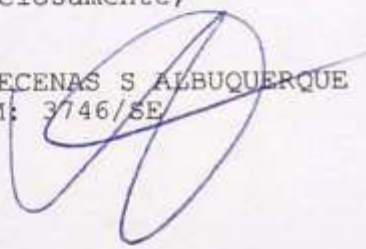
ESCANOMETRIA (MÉTODO DE FARILL)

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

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

Atenciosamente,

Drº. VICTOR MECENAS S ALBUQUERQUE
CRM: 3746/SE



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

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

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



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro: *Delimitação de Responsabilidade nº 00.118594/2019-A01*
 Nome do paciente: *MARCOS ROCHA DE JESUS NASCIMENTO* Data de nascimento: *30/12/1974*
 Data do início do tratamento / Acidente: *12/05/2019*

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Acidente viário de trânsito ocorrido em 12/05/2019, com vítima Marcos Rocha de Jesus Nascimento, residente em Rua ... São Paulo. Após o acidente, foi encaminhado ao Hospital Regional de Curitiba, onde recebeu atendimento e exames. Foi realizada cirurgia de emergência para reparar a fratura de fêmur direito e fêmur esquerdo. Após a cirurgia, foi encaminhado ao Hospital Regional de Curitiba para tratamento e acompanhamento. Em 13/05/2019, foi encaminhado para o Hospital de Curitiba para tratamento e acompanhamento.

2 - Data / Tratamento Realizado:

13/05/2019, 14/05/2019, 23/05/2019. Paciente internado no Hospital de Curitiba. Realizou cirurgia de emergência para reparar a fratura de fêmur direito e fêmur esquerdo. Após a cirurgia, foi encaminhado ao Hospital Regional de Curitiba para tratamento e acompanhamento. Em 13/05/2019, foi encaminhado para o Hospital de Curitiba para tratamento e acompanhamento.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

*12/05/2019
 Radiografia de corpo inteiro fêmur direito e fêmur esquerdo*

06/10/2021

 Data

*Renato Teixeira CRM 1450
 Ortopedista - Traumatologia*

 Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

- 12/05/2019
- 1º - ATENDIMENTO no LOCAL DO ACIDENTADO.
 - 2º - ATENDIMENTO HOSPITALAR REGIONAL DE ITABORANGA/SE
 - 3º - ATENDIMENTO no HUSP
 - 4º - ATENDIMENTO HOSPITALAR de Cuiabá.

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

Vulso no Exame Anexo

- Vulso de qual Permanente de Exatidão do MIO
- Vulso Para Ausência do Arco de Movimento de Flexão do Joelho Direito
- Vulso Para Ausência de Movimento do Arco de Movimento do Joelho Direito
- Vulso de qual Permanente de Ausência de Flexão de Separação de Pés causada por fratura Chaveada
- Vulso de qual de Ausência de Função de Arco de Movimento do MIO.

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

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

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

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

06/09/2021

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

Data Assinatura e Carimbo



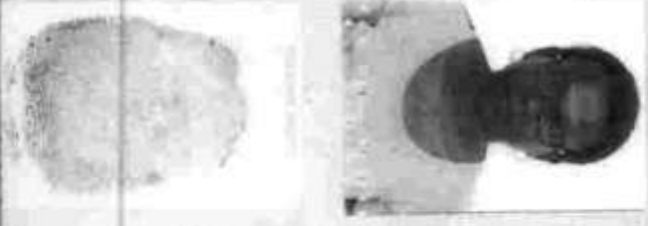
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DO SERGIPE



Maria Rosa de Jesus Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

1.276.068

2.VIA

DATA DE EMISSÃO

02/09/2016

NOME

MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

FILIAÇÃO

JOSE BISPO DO NASCIMENTO

ROSA JOSEFA DE JESUS

NATURALIDADE

ARAÇAJU-SE

DATA DE NASCIMENTO

30/12/1974

DDD ORIGEM

CT. NASCIM.

NR 87779 LV 69 FL 68

EMT DOF DIST COM ARAÇAJU-SE

009.215.085-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/06/93

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

LAUDO Nº DP 363/2021



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

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

sexta-feira, 24 de setembro de 2021

Nº Laudo
DP 363/2021

Dados Da Vítima

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

Historico/Descrição

Historico

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

Descrição

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

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

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

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

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

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

Comentário Médico/Conclusão/Quesitos Respostas

Comentário Médico - Forense

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

Conclusão

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

Quesitos/Respostas:

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

Sim.

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

Contundente.

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

Não.

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

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

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

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

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

DR. JACSON LEAL DA COSTA

5541

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

LAUDO DP 363/2021



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

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

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

ARACAJU-SE.

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

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



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

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
JOSE BONIFACIO DE GOUVEIA		(79) 996086460 (79) 981358159	
ENDEREÇO / Address			
RUA: JOSÉ ANTONIO DOS PASSOS, 243 BAIXA FRIA.			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
49530000	RIBEIROPOLIS	SE	BRASIL

Correios **PAC**

PESO (kg) 1,668 / AR MP

Receptor

Assinatura Documento

PM 48458030 8 BR




MBM
SEGURADORA

03 DEZ 2019

DPVAT / RJ

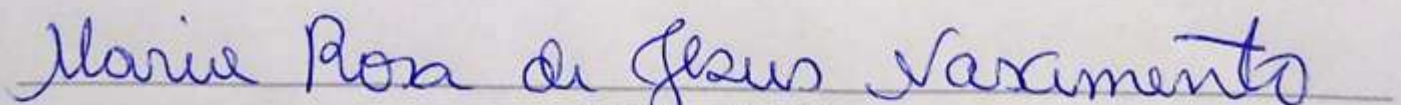
SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE

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

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

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

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


(ASSINATURA)

ITABAIANA/SE 18 DE NOVEMBRO DE 2021

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

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

**Documentos
complementares:**

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

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - 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

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

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

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

319068028201

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000140217

Número da Autenticação

313911D029070C00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - 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



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



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


SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE

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

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

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

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


(ASSINATURA)

ITABAIANA/SE 18 DE NOVEMBRO DE 2021

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

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

**Documentos
complementares:**

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

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

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

Correios **PAC**

PESO (kg) 1,668 / AR MP

Recebedor

Assinatura Documento

PM 48458030 8 BR




MBM
SEGURADORA

03 DEZ 2019

DPVAT / RJ

CIRURGIÁ
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: Marcos Ros. De Jesus Noronha

Relatório médico.

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

data 27/05/19

Toma remédios por apatose

CID. S74

27/06/19

Dr. Paulo Solami
Ortopedia
CRM 4651 TEOT-12305

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

Ygor Nicolau 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 Nicolau Oliveira Freire (Escrivente
Autorizado)
Valor Total R\$ 3,44
São TJE: 201929668014611. Acesso
<https://www.tjas.jus.br/tj7GUEXB>



RELATÓRIO MÉDICO

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

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

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

HISTÓRICO CLÍNICO:

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

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

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



EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
Exames laboratoriais

MÉDICOS ASSISTENTES:

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

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

ARACAJU, 6 de agosto de 2019

Selma T. da C.S. Montalvão

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

DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DO: 938542

DATA: 12/05/2019

HORA: 21:07

USUARIO: ELMENEZES

Setor:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO
 IDADE : 44 ANOS NASC: 30/12/1974 DOC....: 1276082
 ENDereco : RUA EGIDIO DOS SANTOS SEXO...: FEMININO
 COMPLEMENTO : BAIRO: NUMERC: 50
 MUNICIPIO : ITABAIANA UF: SE CEP....: 49500-0
 NOME PAI/MAE : JOSE BISPO DO NASCIMENTO /ROSA JOSEFA DE JESUS
 RESPONSAVEL : ANTONIO-ESPOSO/SAMU TEL....: 79-9963
 PROCEDENCIA : ITABAIANA 429
 ATENDIMENTO : VITIMA DE ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

SINAIS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

paciente com atropelamento por carro. Trauma no tórax SID por tórax. Perda de consciência por alguns minutos. Nódulos de tórax, presença de feridas e hematomas. Pulso 90 em ritmo sinusal. Saturação de O2: 98%.

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Analgésico conforme necessidade

2) Anestésico conforme necessidade

3) Toraxal 100mg + 100mg de 08:00, 12:00, 16:00, 20:00

Dr. Ramon R. de Oliveira
 Cirurgião Geral
 CRM 4105

SAIDA:

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Paca Outubro - Fratura Fechada Fêmur
Est. Internamento

Dr. Mário Costa Vieira Filho
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 4257

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



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Exames (D) (diagnóstico)



PRONTO SOCORRO ADULTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUSE

12/05

Nome: Paulo Henrique de Jesus Idade: 41 Data: 12/05/19

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
		Dado oral 10ml	(SND)
		5F2,9% 500ML (E) 1/12	500 500 500
		Alprazolam 2mg + 10ml (E) 1/12	20 20 20
		Propranolol 100mg + 100ml (E) 1/12	100 100 100
		Tramadol 100mg + 100ml (E) 1/12	100 100 100
		Paracetamol 1000mg + 100ml (E) 1/12	1000 1000 1000
		Clonazepam 40mg (E) 1/12	40 40 40
		Amoxicilina 700mg (E) 6h de manhã	700 700 700
		Solução PV-O2	
		SSW + CR 66 6/66	

(Handwritten signature)
12/05/19
12/05/19

Resposta Anticósmica
Luzes



L 20

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 13/05/19

NOME: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

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

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DIAFISE DE FEMUR D

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Até 24h de internação em UTI
 não houve febre, dor
 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	Dexamet 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	22 14 06
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	S/N
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U >400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	SOS
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 2x/dia SUSP	Suspensão
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
19		
20		
21	<i>Transferido para Lit. 405 - 13/05/19</i>	
23	<i>Transferido às 07:40h p/ Hospital Fratura - S. A. do membro superior</i>	

Thiago M. Leal
 Ortopedista CRM 4722

[Handwritten signature]

AV. TIRELE DE JUNHO, 695

ORDEM DE SERVICO - S E M E D I

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

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

DATA.....: 27/09/2019 As: 9:47
 SEXO.....: Feminino POR: 28-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 201900000002278 de 01/10/2019

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

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

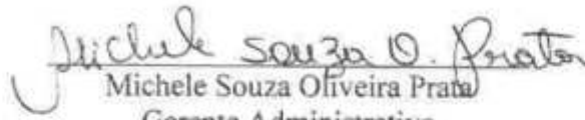
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Itabaiana, 23 de Agosto de 2019.

DECLARAÇÃO

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

Atenciosamente;



Michele Souza Oliveira Prata
Gerente Administrativo
Hospital Regional de Itabaiana

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 07 / 2019

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

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M280030801 CRC:
Doc autorizador : 190136126960000 Doc med resp : 206790614650009 Doc diretor clínico : 206790614650009 Doc médico solíc : 980016294820869
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
Município : 280290 - ITABAIANA UF : SE CEP : 46500-000 Telefone : (79)9965-59429 Muda Proc.?: NÃO

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

Diag. principal : S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

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

Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : AIH Posterior :

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

DADOS DE OPM

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

VALORES DA PRÉVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	48,70						48,70
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	725,17			74,34	123,38		922,89
08.02.01-DIARIAS	48,57						48,57
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

(C5)

TERMO DE ESCLARECIMENTO SOBRE RISCO DE QUEDAS

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

Após avaliação do risco de queda do (a) Sr (a) Maria Rosa de Jesus Nascimento

Orientamos para reduzir o risco de queda que:

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

Diante do exposto acima, Eu, Maria Rosa de Jesus Nascimento, portador do documento de N° 1.076088, abaixo assinado, confirmo que fui orientado sobre o risco de queda e me comprometo em colaborar com as ações que visam minimizar este risco.

Data: 14/05/2019

Assinatura do paciente e/ou acompanhante:

Maria Rosa de Jesus Nascimento

Assinatura da enfermeira:

Juliana O. Rodrigues Santos
COREN-SE 319.974 ENF.

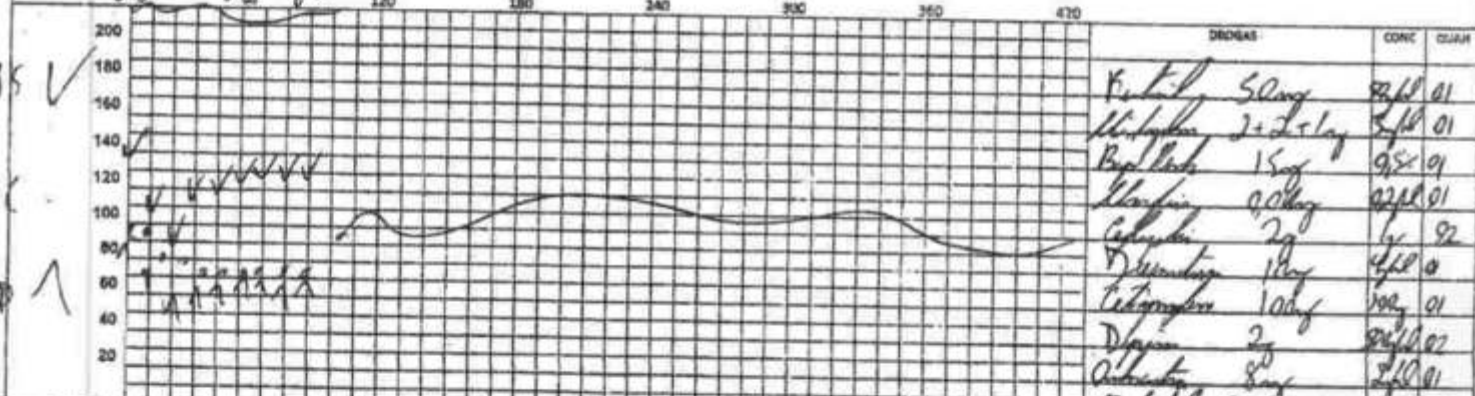
DATA: 22/05/17

PACIENTE: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO MATRICULA: 1092656 CONVÊNIO: SUS
 IDADE: 44 SEXO: F COR: ENF: OKT II QUARTO: LEITO: C05 APTO:
 CIRURGIÃO: Paulo Salati ANESTESISTA: Marcelle + Danilo (OKT)
 1º AUXILIAR: Vivian 2º AUXILIAR: Vanice
 DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura distal da fêmur D.
 DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO:
 CIRURGIA PROPOSTA: Torniquete Cirurgia da distal da fêmur D.
 CIRURGIA REALIZADA: A proposta CÓDIGO CIRURGICO:
 PRÉ-MEDICAÇÃO: HORA: RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
 INÍCIO DA ANESTESIA: 9:00 INÍCIO DA OPERAÇÃO: 9:15 ALT DA ANESTESIA: RISCO OPERATÓRIO: 2-3-4 ESTADO FÍSICO: 2-3-4-5-6-7

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

MONITOR ECG OXÍMETRO PULSO CAPNÓGRATO PAM NÃO INVASIVA VENTILADOR

FLUÍDOS: Ringer 500 Soro 500 DR500



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

AGENTES ANESTÉSICOS:
 TÉCNICA: Sedação + Respiratória
 INDUÇÃO: VENOSA POSIÇÃO: SENTADA LOCAL PUNÇÃO: C4-L5 LÍQUIDO RETIRADO: Líquido
 TÉCNICA: RAQUÍ POSIÇÃO APOS: DDH POSIÇÃO OPERATÓRIA: DDH RESULTADO: R.M.
 DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 1:10 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1:20 CONSCIÊNCIA:
 PÓS-OPERATÓRIO: UTI SRPA DESTINO DA SRPA: LEITO ALTA HOSPITALAR CONDIÇÕES:

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

Dr. Danilo Xavier Azevedo
Anestesiologista
 ASSINA: Marcelle Pinotti Amorim
Anestesiologista
 ASSINA: DR. DANILLO
Anestesiologista



HOSPITAL DE CLÍNICA DR. AUGUSTO LEITE
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

Luciano Passos de Jesus Nascimento

IBADE:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

EQUIPAMENTOS

B. E. / BIPOLAR

SERRA ELÉTRICA

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

TRÉPANO ELÉTRICO

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

fratura de fêmur em ducto
descolado
A seguir, sutura, colocação de
gesso, fratura fechada, gesso
1/2 esp. fechado.
Curação
gesso de fratura contínua.

Luciano Passos de Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRMSE 866

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

10/25/2019
DATA
MOD. 042-HCAL



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

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

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES	LOTES

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

Obs.: permanecer junto ao prontuário



PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de Dados

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

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

ÓSTICOS MÉDICOS:

Fract. de femur

E ESPECÍFICO:

INDICADORES DE GRAVIDADE

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

A bpm: FR: 16 lpm PANI: mmHg Temperatura: 36.7°C Sat. de O₂: 99 % PAM: 120x40 mmHg
 mmHg PIC: PIA:

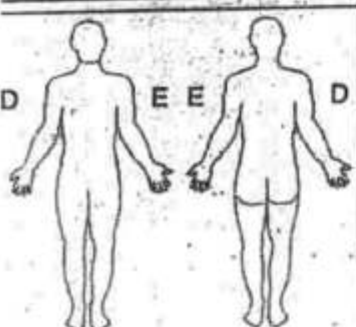
a de Coma de Glasgow: [MRO: + MRV: + MRM:] Escala de RASS: Escala de Dor (0-10): 6

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

ALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

kg, Altura: m.

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



Local	Características

NOME: Maria Rosa de Jesus Nascimento

IDADE: 44 anos LEITO: 25 UNIDADE: ortopedia 2

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

Magaly Reis da Silva
CORENSE - 379.815 - ENF

Magaly Reis da Silva
CORENSE - 379.815 - ENF

Magaly Reis da Silva
CORENSE - 379.815 - ENF

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

112.403
Março

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



SUS Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2 - CNES 0002283

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

4 - CNES 0002283

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Identificação do Paciente

5 - Nº DO PRONTUÁRIO 1092656

5 - NOME DO PACIENTE: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705009073100254

8 - DATA DE NASCIMENTO: 30/12/1974

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE: ROSA JOSEFA DE JESUS

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD 79 96559429

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: ANTONIO DUARTE DE LIMA / ESPOSO

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD 79

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

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO SE 18 - UF 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 deslocamento por causa da idade

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Treatmento Cirurgico

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

Ex. de R. do Fêmur

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL: S723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: V030

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Cirurgia

29 - CLÍNICA: Ortopedia

31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 00513503

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Cleonice Gonçalves Assis

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 13/05/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

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

281910016052-5

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 15/05/19

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO REGISTRO DO CONSELHO

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



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

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

CRL CRE <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>

13 de maio de 2019 16:42

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

Boa tarde.

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

1. Informações gerais

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

Favor comunicar aos familiares.

2. Informações específicas:

Entregar obrigatoriamente a equipe de transferência :

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

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

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

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

OBS 3: Encaminhar documentos pessoais do paciente

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

Atenciosamente,

Yuri Lobão

Médico Regulador

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

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

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

ATENDIMENTO

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

PACIENTE CARTÃO SUS: 705009073100254

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

RESPONSÁVEL:

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

*Coord - 1/2403
Soete - 962*

DADOS COMPLEMENTARES:

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

*EX < Pós: OK
Pós: OK*

*Alta Hospitalar
24/05/19*

Aline

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA			CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332/0001
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
	hs. Min.			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) *[Assinatura]* DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO) *[Assinatura]*

DATA DA SOLICITAÇÃO: *22/08/2019*

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

*Por operatório realizado fraturas do pé do fêmur com fixação
Sólida permanente man
Knaptope
Curetope*

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO: SIM NÃO MOTIVO DA REJEIÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) *06/08/19*

MÉDICO AUTORIZADO (ASSINATURA / CARIMBO) *[Assinatura]* CPF / MÉDICO AUTORIZADOR: *076 104 735-20*

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)

Dra. Viviane Pereira da Motta
Supervisora Médica SES
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

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

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

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

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

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

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

RECEBEMOS 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		NF-e 000.004.393 SÉRIE 1
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de Dados

NOME: Maria Rosa de Jesus

IDADE: 44 LEITO: C5 REGISTRO: J092656

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

SEXO: MASCULINO FEMININO DIH: 13/5/19

SÍNTOMAS MÉDICOS:

Fratura de fêmur

ESPECÍFICO:

FAIXAS DE GRAVIDADE

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

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

mmHg PIC: 0 PIA: 0

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

HISTÓRICO DE QUEDAS	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO	Pontos:
0 Não 15 Sim	0 15	0 Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional de Saúde 15 Muletas, Bengala ou Andador 30 Mobilidade Paralela	0 15 30

DISPOSITIVO ENDOVENOSO	MARCHA	ESTADO MENTAL	Pontos:
0 20	0 Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas 10 Fraca 20 Comprometida ou Gêmeleante	0 Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação 15 Superestima capacidade ou/Esquece limitações	0 15

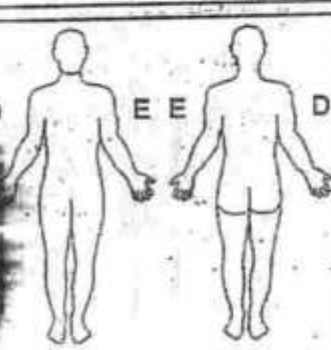
PERCEÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE	Pontos:
1 Completamente limitada 2 Muito limitada 3 Parcialmente limitada 4 Nenhuma alteração	1 Constantemente Úmida 2 Frequentemente Úmida 3 Ocasionalmente Úmida 4 Raramente Úmida	1 Acamado 2 Restrito à cadeira 3 Caminha ocasionalmente 4 Caminha frequentemente	1 2 3 4

MOBILIDADE	NUTRIÇÃO	FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Pontos:
1 Completamente imobilizado 2 Muito limitado 3 Parcialmente limitado 4 Nenhuma limitação	1 Muito pobre 2 Inadequada 3 Adequada 4 Excelente	1 Problema 2 Problema Potencial 3 Nenhum problema aparente	1 2 3

Relação PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

kg, Altura: m.

Paciente no leito consciente, orientada, eupneica, estabilizando, brônquias no momento sem queixos. Permanece aguardando laia nursing



Úlcera Por Pressão		Característica
Local	Cela	
		<u>(Círculo riscado)</u>
		<u>(Círculo riscado)</u>

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

DISPOSITIVOS EM USO

TETTER O2: ___ L/MIN () MASCARA O2 - FIO2: ___ % () VMI/TOT - Modo: ___ e FIO2: ___ % () MARCAPASSO
 TETTER VENOSO PERIFÉRICO ___ () CATETER VENOSO CENTRAL () CATETER PERITONEAL () Sonda Vesical () Sonda Gástrica/Enteral () OSTOMIA
 ALDA () DRENO SUCÇÃO: ___ () DRENO PENROSE: ___ () DRENO TORÁCICO: ___ () DRENO TEPRÁCTICO

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

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

DIAGNÓSTICO: h. Paciente adm na SRPA após ato cirúrgico em abdome
 assistido + RVP + dor torácica + traqueia em HD.
 com traqueostomia Fe 83, SpO2 100%, PA 151/73. Ausc. pulmonares de emergência

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

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

DIAGNÓSTICO: h. Paciente em estado de consciência para alta
 com traqueostomia de emergência em HD
 de funcionamento de traqueostomia

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: RES. FISIOLÓGICA / IM

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

Out II

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

HOSPITAL CIRURGIA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Maria Rosa de Jesus Nascimento Procedência: _____ Matrícula: _____
 Idade: 44 Sexo: F Data de admissão: 16/05/19 Leito: 1092656

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)



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

ASSINATURA:

Tabinda dos Anjos
CRP-SE 1358216-TE

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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

SERVIÇO DE APOIO

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

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

Paciente recebida p/ procedimento cirúrgico e uso de maca com ceno Ueceno USSE respaldando a doraleptia verbalizando bem-estar PA 151x71 mmHg Pulso 90, segue a cirurgia. Resumo de cirurgia feito e encaminhado p/ pale de SRPA p/ documentação.

Érica Silva Santos
SAEP Clínica/BrC
Mat. 28440

ASSINATURA:

Tabinda Santos Costa
Enf. de Enfermagem
CORENSE 454851

Tabinda Santos Costa
Core
454851

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO <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 Paula de Jesus*

ENDEREÇO COMPLETO: *Rua Egidio dos Srs*

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

TIPO: URG ELETIVA

NÚMERO DO SEITO: *05* ENFERM: *0* CPF MÉDICO SOLICITANTE: *[Redacted]*

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-TRANSPLANTE	<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 20*

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO: SIM NÃO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO): *06/08/99*

MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO): *[Assinatura]*

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)

Supervisora rejeita a solicitação
CRM-SE 3085
IDE 996 198 735 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: 4001390458
		Lote: 04479/15
		ANVISA: 10223680050

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Medsona CNPJ: _____
 Carimbo e assinatura: [Assinatura]

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
 Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Marcia Rosa de Jesus Matrícula: 1092650
 Idade: 41 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: ____/____/____ Puncção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: Prótese dentária Lente de contato Jóias Grampos Outros: _____
- Alergia conhecida: SIM NÃO QUAL (IS): _____
- Hábito de vida: Tabagista: SIM NÃO TEMPO: _____ / Etilista: SIM NÃO TEMPO: _____
- Passado cirúrgico: SIM NÃO QUAL (IS): _____
- Doenças atuais: HAS ICC IAM AVC DM NEO DPOC IRC ITU NÃO.
- Faz uso de medicamento: SIM NÃO QUAL (IS): _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORARIO: _____ h.



ASSINATURA: _____

INTRA-OPERATORIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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

SERVIÇO DE APOIO

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

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

Paciente admitida na SO para realização de procedimento cirúrgico, consciente, em estado estável, em uso de suporte de vida, monitorada em GUV no momento. PA: 90/53 mmHg, FC: 70 bpm, SpO2: 99%. Realizada anestesia + ato cirúrgico. Paciente encaminhada para a SRPA em uso de sedação + oxigênio, contínuo e sob esta anestesia após ato cirúrgico.

Lindiane Silva Santos
 Enfermeira Cirúrgica
 Matr. 80440

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

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

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

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

NOME DO(A) PACIENTE

NOME DA MÃE
Rosa Teófilo de Jesus

SEXO: Masculino Feminino

ENDEREÇO COMPLETO
Rua Jacidino dos Santos 71º 50

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

TIPO DE SOLICITAÇÃO

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

3 Pecca 10 furas large. 4c5
10 Profuss verticais.

Dr. Paulo Sabetti
Médico
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) Médico Paulo Sabetti CRMSE 3686 DE 978 10R 725 20	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)
---	---	---




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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr Paulo Salotti 
 CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____ CNPJ: _____
 Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____ / _____ / _____
 Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



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

UNIDADE:

PACIENTE: Marcos Roxo de Jesus Noroeste
 MATRÍCULA: _____ IDADE: _____ CONVÊNIO: SUS

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

EQUIPAMENTOS

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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

- (1) Exame físico + anamnese + 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



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.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA DE COSTA RICA - NO PLAZA DE BARRIO



Maria Rosa de Jesus Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

1.276.068

2.VIA

DATA DE EMISSÃO

02/09/2016

NOME

MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

FILIAÇÃO

JOSE BISPO DO NASCIMENTO

ROSA JOSEFA DE JESUS

NATURALIDADE

ARAÇAJU-SE

DATA DE NASCIMENTO

30/12/1974

DOO ORIGINAL

CT. NASCIM.

NR 87779 LV 69 FL 68

MRT DOF DIST COM ARAÇAJU-SE

009.215.085-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 24/06/93

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 009.215.085-30 4 - Nome completo da vítima: MARIA ROSA DE JESUS NASCIMENTO

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0561 013 CONTA: 00140217 02 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

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

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Em testemunho da verdade
Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escrivente Autorizado)
Valor Total R\$ 3,44
Selo T/SE - 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 A Grupos Vulneráveis- Itabaiana
Data/Hora do Fato: 12/05/2019 17:30

Local do Fato

Município: Itabaiana (SE)
Logradouro: BR 235

Bairro: Racho Doce

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

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

ENVOLVIDO(S)

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

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.215.085-30
RG - Carteira de Identidade: 1279088

Endereço

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 118594/2019

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

ASSINATURAS

Marisa da Silva Santos
 Responsável pelo Atendimento

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

Todo o conteúdo divulgado (na íntegra ou parcialmente) por este sistema de atendimento é de caráter reservado e não deve ser divulgado a terceiros. A divulgação indevida do conteúdo aqui publicado constitui crime previsto no Artigo 317 da Constituição Federal e 340 da Constituição do Estado de Sergipe.



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/QNEMBO>



RELATÓRIO 0901 / 2019 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1905120781 / ESUS - SAMU

e - DOC 020000.18290 / 2019 - 7

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

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

Aracaju, 22 de Julho de 2019

may sue

Mary de Machado Tardes
MÉDICA
CRM 1720

pl **Andréa Lenir Bastos Paiva Nery**

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE RIBEIRÓPOLIS/SE

AUTENTICAÇÃO

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

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

Em testemunho, da verdade
Ygor Nicolas Oliveira Freire (Escravato
Autorizado)

Valor Total R\$ 3,44
São TJ/SE: 20182968014810. Acesso
https://www.tjse.jus.br/sisbrkqm

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escravato Autorizado

