



Número: **0813383-22.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **20/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAISSA PEREIRA LOPES (AUTOR)		ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9936278	04/04/2017 08:39	ADM	Documento de Comprovação
9936287	04/04/2017 08:39	bo	Documento de Comprovação
9936359	04/04/2017 08:39	boletim de urgencia 2	Documento de Comprovação
9936375	04/04/2017 08:39	comprovante de residencia	Documento de Identificação
9936423	04/04/2017 08:39	boletim de urgencia 1	Documento de Comprovação
9936440	04/04/2017 08:39	procuração	Procuração
9936460	04/04/2017 08:39	prontuario cirurgico 1	Documento de Comprovação
9936493	04/04/2017 08:39	rg cpf	Documento de Identificação

SINISTRO 3170057641 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAISSA PEREIRA LOPES
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO RAISSA PEREIRA LOPES
CPF/CNPJ: 11118662440

Posição em 30-03-2017 09:53:01

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
21/02/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE LAJES

Endereço: PRAÇA MONCENHOR VINCENTE DE PAULA, 44, CENTRO, LAJES

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016180000256

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 05/09/2016 12:33:33

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/07/2016 13.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 129

2.9 CEP: 59.535-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: LAJES

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RAISSA PEREIRA LOPES

3.3 Etnia: Branca

3.5 Mãe: FRANCISCA PEREIRA LOPES

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 11118662440

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.15 Telefone(s): 84 996278923

3.17 Número: 7

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: RAIMUNDO GUILHERME LOPES

3.6 Data de Nascimento: 04/04/1995

3.8 RG: 002842197 - ITEP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: NATAL - RN

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: RUA VEREADOR MAEL QUERINO

3.18 CEP: 59535000

3.20 Cidade: LAJES

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****00802

7.1.5 Placa: MXO9002

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.9 Ano do Modelo: 2006

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: VANDON FELIPE MIRANDA DE MELO

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: XTZ 125K

7.1.10 Ano de Fabricação: 2005

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a

Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE ESTAVA VINDO DO MUNICÍPIO DE PEDRA PRETA/RN NO DIA 31/07/2016, POR VOLTA DAS 12HS; QUE QUANDO FOI PRÓXIMO DE UMA CURVA ATRAVESSOU UM BODE NA SUA FRENTE FOI QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO; QUE VINHA PILOTANDO A MOTO; QUE NÃO TEM CARTEIRA DE HABILITAÇÃO PARA PILOTAR MOTO; QUE ESTAVA NA MOTO DE SEU TIO, A PESSOA DEQUIANO; QUE TEVE FRATURA EXPOSTA NO BRAÇO E ALGUMAS QUE ESTAVA POSSUI A PLACA NXO 9002 E JÁ FOI CARACTERIZADA EM CAMPO PRÓPRIO.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 05/09/2016 12:33:33

Jandir da Silva Júnior
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 707.402-8

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 2074028 - JANDIR DA SILVA CORTEZ JUNIOR

Impresso por: 2074028 - JANDIR DA SILVA CORTEZ JUNIOR em 05/09/2016 12:33:37

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2016180000256 - Código de autenticação: 8ba8a6244f77e32e098e2383d10edf2d

Página 1 1



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Raissa Pereira Lopes

6 - Nº DO PROTOCOLO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASCULINO

1 FEMININO

2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

13 - MUNICÍPIO

14 - BAIRRO

15 - UF

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta do úmero

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Imobilidade de membros

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Rx úmero de úmero

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

Fratura de úmero

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese do úmero

26 - LEITO / CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - DT SOLICITAÇÃO

31.07.16

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia

Dr. Ricardo Emanuel
Ortopedia e Trauma
CRM/RN 5387 - TEP 12423

30 - CNS / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

40 -

39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

43 - ()

44 - () GRAVE

45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DT AUTORIZ.

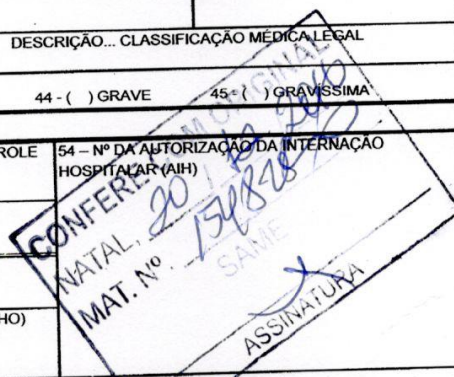
51 - DT AUTORIZ.

48 - CNS / CPF

52

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)



Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 31/07/2016 Alta: _____
Nome: Raimon Pereira Wopy Naturalidade: Lages RN
Idade: 21 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 04/04/1995
RG: 002.892.197 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: Raimundo Guilherme Wopy
Mãe: Raimundo Pereira Wopy
Endereço: R. Vinte e Nove de Abril, 7
Telefone: 996428310 Cidade: Lages RN
() Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Raimundo e sua mãe + parentes + irmãos +
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos ↓ p/hd

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Faltando Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre (X) Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares (X) Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: Hosp - Lages

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Maria Rayane Pereira
Parentesco: Mãe Telefone: _____
Endereço do Responsável: R. Vinte e Nove de Abril

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Recebeu de Marcos, filho de Aciden-
te e mãe (colúmbio e Ananias)
Solicitação para de documentos
Miguel Costa RG + C. de identidade

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: 01/08/16 - Visita ao leito/realmente
feita codor para: F. Pereira (mãe) - Glélio Dantas

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial
melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Assinatura Social
CRESS-RN 919

INICIO DE CIRURGIA: 20:10

CIRURGIÃO: DY BRUNO

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: III cirurgia de Fratura Exposta de Membro Esquerdo

TÉRMINO DE CIRURGIA: 21:20

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA: —

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA: —

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

RX: SIM () NÃO (X)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

TIPO: —

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

TIPO: —

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X)

FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (X)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE: 10

GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO ()

QUANTIDADE: 30

CAIXA CIRÚRGICA: BANCAL

COMPLETA: SIM (X) NÃO ()

OBS.: —

ÓBITO: SIM () NÃO (X)

HORA: —

REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP: —

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI ()

ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitida no leito cirúrgico

Última de queda de moto. Em 50 minutos -
realizada com PVI @ oximetria de pulso.
Realizando lavagem com SF a 99°. Anti
sepsis com PVP1 aquecido

21:20

TA: 138x73

FC: 113

SpO2 98%

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Gleide Loren 168223

Assinatura do Circulante

Vernau

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

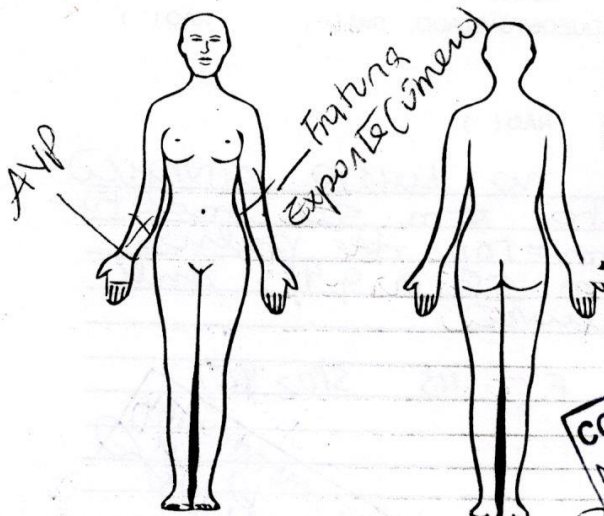


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: RAISSA PEREIRA LOPES
DATA DE NASCIMENTO: 04.04.1994 IDADE: 22
REGISTRO: 1124616
DATA DE ADMISSÃO: 31.07.16 HORA: 19.30
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Clínica ortopédica
HIDRATAÇÃO: SIM ☒ NÃO ☐ VIA: PERIFÉRICO: ☐ ACESSO CENTRAL: ☐
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE ☒ ORIENTADO ☒ VIGIL ☐ AGITADO ☐
INCONSCIENTE: ☐
ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☒ GRAVE ☐
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE ☒ M.V. ☐ ENTUBADO ☐ TRAQUEOSTOMIZADOR ☐
ALÉRGICO: SIM ☐ NÃO ☒
DIABÉTICO: SIM ☐ NÃO ☒
DOENÇA RENAL: SIM ☐ NÃO ☒ OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: Fratura de Punho esquerda
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM ☐ NÃO ☒
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote Numero. 27386009 Fabricacao. 10/2013 Validade. 03 Anos
Nome Tecnico: Sistema de Fixacao Externa
Nome Comercial: Fixador Externo
Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T. 1004/C
Numero de Registro ANVISA: 80046530009 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.
Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.
Rua Alberto Melo da Costa 125-Campinas/SP CEP:13050-713
Resp.Tecnico: Elton C.Malandrin CREA-SP:5061915097/D
Armazenamento: Cuidados no Manuseio, Advertencias e
Instrucoes de Esterilizacao: Ver Instrucao de Uso.
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO
Produto Medico Nao-Invasivo Classe 1



INSTRUMENTADO: Vernaid JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: perforado
CIRCULANTE: Alenda
TIPO DE ANESTESIA: GERAL ☐ RAQUI ☐ PERIDUAL ☐ B.P.E. ☒ LOCAL ☐
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Lauro Herculanu
INÍCIO DE ANESTESIA: 20:00 h
TÉRMINO DE ANESTESIA: 21:20 h
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina 2 gr ev
HORA: 20:00 h

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

838300000004 887100384079 007838012202 010984616338



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE **RAISSA PEREIRA LOPES**
DATA DE 31/07/2016 **HORA** 15:15 **Nº BAA** 195354
ENTRADA
IDADE 22 **SEXO** - **ETNIA** -
CARTÃO SUS 700506560910954 **ESTADO** Solteiro(a)
CIVIL

CPF 111.186.624-40 **RG** 002.842.197 - -
NOME DA MÃE FRANCISCA PEREIRA
NOME DO PAI RAIMUNDO GUILHERME LOPES
NASCIMENTO 04/04/1994 **NATURALIDADE** Natal-RN
TELEFONE (84) 9627-8923 **PROFISSÃO** Estudante
RUA/AV. RUA VER. MAEL QUIRINO **Nº** 7
COMPLEMENTO LAJES DO CABUGI **BAIRRO** Centro
CEP 59535-000 **CIDADE** Lajes-RN
ORIGEM Outra **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Nicolas

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

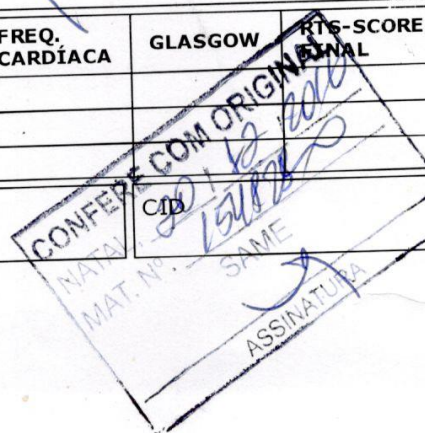
A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

Copyright © 2016 | Sistema Amazing | (84) 99613-4442





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE RAISSA PEREIRA LOPES
DATA DE ENTRADA 31/07/2016 **HORA** 15:15 **Nº BAA** 195354
IDADE 22 **SEXO** - **ETNIA** -
CARTÃO SUS 700506560910954 **ESTADO** -
CPF 111.186.624-40 **RG** --- **CIVIL**
NOME DA MÃE FRANCISCA PEREIRA
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 04/04/1994 **NATURALIDADE** Natal-RN
TELEFONE - **PROFISSÃO** -
RUA/AV. - **Nº** -
COMPLEMENTO - **BAIRRO** Centro
CEP 59535-000 **CIDADE** Lajes-RN
ORIGEM Outra **MOTIVO** Consulta de urgência / Outros
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Nicolas

Realizado em: 31/07/2016
RAIOS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente de trânsito de trânsito de trânsito (queda de moto) com trauma em M.E. e M.B. além de ferir e lacerar labial, com lesão aberta; não perda de consciência, vômitos.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A) Voz normal, sem dor cervical
B) M.E. e M.B. com dor
C) Abdomen plano, sem dor e palpação, sem ruídos intestinais
D) G.C. > 15
E) T.C. em pé e com membros inferiores intactos.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

Rodrigo Alexandre
Cirurgia Geral Torácica
CRM-RN 5238

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): _____ M (MEDICAÇÃO EM USO): _____ P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____ L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____ A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____ V (PASSADO VACINAL): _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** <i>Rx Crânio AP/MLP</i> <i>Rx Tórax AP</i> <i>Rx braço @ AP/MLP</i> <i>18 antebraço S AP/MLP</i>	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>Rx 1000 B AP 100mg</i> <i>2 de tórax 2m alteração</i> <i>relacionados ao trauma</i> <i>fratura exposta de HSE.</i> <i>Ad. Alta CB</i>	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> CONFERE COM ORIGINAL NATAL 20/12-2020 MAT. Nº. 154888 </div>
<i>Rodrigo Alexandre V. Viana</i> Cirurgia Geral/Torácica CRM-RN 5238	<i>Gustavo T. L. Santos</i> Cirurgião CRM-RN 6606
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <i>Ortopedia</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais idôneos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWG.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>ortopedia</i>	DATA: <i>7/10/16</i> HORA: <i>16:00</i>
SAÍDA:	DATA: <i>/ /</i> HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: <i>/ /</i> HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: <i>/ /</i> HORA:
SAÍDA:	DATA: <i>/ /</i> HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: <i>/ /</i> HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3 - ABARA VIA AEREA. 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO VALVULA MÁSCARA). 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUAL EM LACTENTE). 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÃO. 8 - TORÇÃOS: 100MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DECA. 8 - DECA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO. RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 PJ DECA BIFÁSICO). E RENICIE RCP. RITMO NÃO CHOCÁVEL: RENICIE RCP (30:2). 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. OU CASO A VÍTIMA SE MEXA. 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATE-DIMENTO ESPECIALIZADO 1: ortopedico

ANAMNESE

Acidente de moto / trauma no membro (E)

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura exposta MERO

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Trair Anestesia
Fratura exposta do MERO.
Ao centro curativo
Keflin 2g IV q8h
SE 2,9% 1000ml IV alerta

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedista Traumatologista
CRM 587 - TEU 12425

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL - 2011/12/28
MAT. Nº 120822
SAME
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo a dor (Decorticação).	3
Padrão extensor a dor (Descerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4
	9-120 = 3
	6-80 = 2
	4-50 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	30 = 0
	10-290 = 4
	≥290 = 3
	6-90 = 2
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	1-50 = 1
	00 = 0
	>900 = 4
	76-890 = 3
	50-570 = 2
	1-490 = 1
	00 = 00

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(6) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03-08=grave (necessidade de intubação imediata);
09-35=moderado;
14-15=leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET. B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

M&O

Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Raissa Pereira Lopes
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Estudante
IDENTIDADE: 002.842.197 CPF: 111.185.624-40
ENDEREÇO: Rua Sauter Elói de Souza, 10
BAIRRO: Alto da Maternidade CIDADE: Joazeiro/RN
TELEFONE: (84) 99627-8923

OUTORGADOS: ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN.

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, requerer e receber junto ao CPRE, complemento do BOLETIM ACIDENTE DE TRANSITO, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além dos honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado para qualquer eventualidade futura.

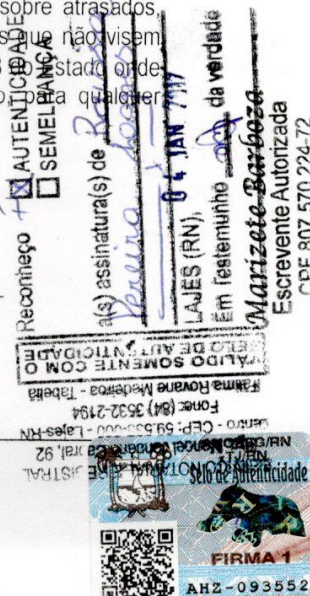


Parnamirim, 17 de Janeiro de 2017

Raissa Pereira Lopes

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.
Email: bcitamaia@hotmail.com





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 306/- ORT
MATRÍCULA

DATA 10/10/2016
HORA 5:43

PROVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

ANDRE BARBOSA

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE
AÍSSA PEREIRA LOPES

NACIONALIDADE

RASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO

NOME DA MÃE

FRANCISCA PEREIRA LOPES

CPF 11186624-40

ENDEREÇO

RUA VEREADOR MAEL QUERINO, 7

CIDADE

CENTRO

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

FRANCISCA PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO

04/04/1995

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

RG

002842197

ORG EXP

ITEP

IDADE

22

PROFISSÃO

ESTUDANTE

NOME DO PAI

RAIMUNDO GUILHERME LOPES

UF

RN

RELIGIÃO

CATÓLICA

CARTÃO DO SUS

700506560910954

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

MÃE

CEP

59.535-000

TELEFONE

999632-7831

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

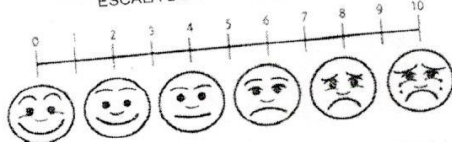
MOTIVO

DESCRIMINADOR

ALERGIAS

PESO: _____ ALTURA: _____ SSV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

- ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- ☐ SALA VERMELHA
 - ☐ URGÊNCIA
 - ☐ ORTOPEDIA
 - ☐ CONSULTA MÉDICA
 - ☐ BUCOMAXILO
 - ☐ PEQUENA CIRURGIA
 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
 - ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
 - ☐ QUEDA
 - ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Esponânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pede comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 37 - ORT

MATRÍCULA

DATA

HORA

19/09/2016

10:08

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

GÉZIA

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

RAISSA PEREIRA LOPES

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO

NOME DA MÃE

FRANCISCA PEREIRA LOPES

CPF

111186624-40

ENDEREÇO

RUA VEREADOR MAEL QUERINO, 7

BAIRRO

CENTRO

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

FRANCISCA PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO

04/04/1995

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

IDADE

21

PROFISSÃO

ESTUDANTE

NOME DO PAI

RAIMUNDO GUILHERME LOPES

UF

RN

RELIGIÃO

CATÓLICA

CARTÃO DO SUS

700506560910954

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

MÃE

CEP

59.535-000

TELEFONE

999632-7831

MASCULINO

FEMININO

FEMININO

RAÇA/COR

PARDA

TELEFONE

99627-8923

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

EXIXOGRAMA

DOENÇAS PREEEXISTENTES

DESCRIMINADOR

ALERGIAS

PESO: _____ ALTURA: _____ SSV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

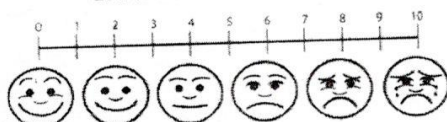
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pede comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Stenbo

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

RAISSA PEREIRA LOPES

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

145406

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

700 5065 6091 0954

8- DATA DE NASCIMENTO

04/04/1995

9- SEXO

FEMININO

10- RAÇA/COR

BRANCA

11- NOME DA MÃE

FRANCISCA PEREIRA LOPES

12- TELEFONE DE CONTATO

99627-8923

13- NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCA PEREIRA (MÃE)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA VEREADOR MEL QUIRINO 7

16- MUNICÍPIO

LAJES

17- BAIRRO

CENTRO

18- UF

RN

19- CEP

59535-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DO DOCUMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRÂNSITO

38- () AC. TRABALHO TÍPICO

39- () AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

☐ LABORATORIAL

☐ RADIOLOGICO

☐ TCCO

☐ TOMOGRAFIA

☐ USG

☐ OUTROS

EXAMES COMPLEMENTARES

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

☐ CLÍNICA MÉDICA

☐ CLÍNICA GINECOLÓGICA

☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

☐ CLÍNICA GERAL

☐ CLÍNICA ORTOPÉDICA

☐ UTI

☐ PEDIATRIA / NEO

☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHEGADA

- hinto + man. sus
- R x univ E R

Manoel Correia Neto
Ortopedia-Traumatologia
CRM: 849

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

☐ CETO

☐ SVO

☐ TEP

☐ ORTODONÇIA

☐ GVASIO

☐ SOLICITADO INTERNAMENTE
NO SERVIÇO DE



Hospital

Nome do paciente

Raissa Pereira Lopes

Nº prontuário

14540C

Data operação

26/09/16

Enf.

Leito

Operador

Dr. Carlos Maia

1º auxiliar

Dr. Jairo

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Dr. Andre

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do úmero distal e (distal)

Tipo de operação

Tratamento cirúrgico p/ fratura do úmero

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

1. Anestesia
2. Antissepsia + campos
3. Incisão em região posterior do úmero e
4. Exposição da fratura, amarração das
- border ossificas do canal.
5. Redução da fratura + fixação com placa + parafusos
6. Fechamento da ferida por planos.
7. Curativos + Talco

CIRURGIAS MÚLTIPLAS

(0415010012)

CIRURGIA TRAUMATIZADA

(0415030013)

PROC. CLÍNICO

()

PROC. CIRÚRGICO

0408060360

CBO. 225225

CBO. 225276

DIAS

CID

S42.3

Procedimento Especial

0408060360

JOAN FERONIMO BARRETO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 3360 - TEO 6432COPIA DO ORIGINAL
SERVIDOR
07/07/16

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital: <u>União Médica</u>		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome: <u>Roberto Carlos de M. S.</u>				
Data: <u>10/03/2010</u>	Idade: <u>30</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>Branco</u>	
Pressão arterial: <u>100/60</u>	Pulso: <u>70</u>	Respiração	Temperatura	Peso: <u>60</u>
Tipos sanguíneos	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
Hemáticas		Outros		
Urina				
Ap. respiratório		Asma		
Ap. circulatório		Bronquite		
Ap. digestivo		Eletrocardiograma		
Estado mental		Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Atarácicos		Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório		Estado físico		
Anestésias anteriores		Risco		
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito	
<div> <div> Agentes Anestésicos Líquidos Oper Anest P Pulso O Resp </div> <div> </div> </div>				
SIMBOLOS <u>100 - 120 - 140 - 160 - 180 - 200 - 220 - 240 - 260</u>				
ANOTAÇÕES <u>Pre-anestesia com morfina 10mg e fentanil 50mcg. Indução com propofol 2mg/kg. Manutenção com propofol 0,5mg/kg/h e fentanil 0,2mcg/kg/h. Titulação com SVO2.</u>				
POSIÇÃO <u>Supino com cabeça elevada 30°.</u>				
Agentes <u>Propofol, Fentanil, SVO2</u>				
Técnica <u>Intubação orotraqueal com tubo 7,5mm.</u>				
Operação <u>Ressecção de pólipos no cólon.</u>				
Cirurgiões <u>Dr. Roberto Carlos de M. S.</u>				
Anestesistas <u>André Felipe Rodrigues</u>				
Observações <u>CRM-RN 8560</u> <u>CPF: 060.310.234-40</u>				
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				
Perda sanguínea				

