



Número: **0802796-67.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA (AUTOR)	KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES (ADVOGADO) EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA (ADVOGADO)
PORTE SEGURU VIDA E PREVIDENCIA S/A (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45125 387	25/06/2019 15:12	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
45125 437	25/06/2019 15:12	<a href="#"><u>2610034 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</u></a>	Outros documentos
45125 487	25/06/2019 15:12	<a href="#"><u>2610034 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</u></a>	Outros documentos

Juntada de petição.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN**

**Processo:** 08027966720198205001

**PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA 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 **JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA**, 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.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

NATAL, 17 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR**  
**5432 - OAB/RN**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Sinistro: 3180288297  
Vítima: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA  
Data do Acidente: 07/02/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: SANDRO TOMAZ DE OLIVEIRA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180288297** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Carta nº: 13181863

A/C: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

**Nº Sinistro:** 3180288297  
**Victima:** JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA  
**Data do Acidente:** 07/02/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SANDRO TOMAZ DE OLIVEIRA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005876-9

Conta: 0000011512-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180288297**  
Vitima: **JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA**  
Data do Acidente: **07/02/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **SANDRO TOMAZ DE OLIVEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180288297**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13009262



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

876.654.765-99

Nome completo da vítima

JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

CPF titular da conta

876.654.764-49

Provisão

Endereço

RUA BR-406

Número

1385

Complemento

Bairro

CENTRO

Cidade

JOÃO CAMARA

Estado

RN

CEP

59.550-00

Email

Telefone (DDD)

(84) 99151-3780

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADISOO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRASDESCO

AGÊNCIA

Nº

DV

5876 9

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

DV

11512 6

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO CAMARA 21 de JUNHO de 2

Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO

22 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM  
E COMÉRCIO DE SEGS

José de Anchieta Taotaviano Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FIRST DATA DO BRASIL  
NSU FDB-ON: 001131762101 HS: 2877400

Correspondente do Banco Bradesco

Ag. Relac.: 05876 - JOAO CAMARA  
PACB :060 - FRANKLIN MAGAZINE

Agencia : 05876-JOAO CAMARA  
Conta : 0000000011512-6  
Nome : JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO  
VIEIRA  
Data : 01/06/2018  
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Física  
Tipo Conta: Conta Corrente  
Cesta de Serviços: CESTA EXPRESSO 4  
R\$ 15,00

Adesao ao Programa de Benefícios: N

NSU BANCO: 029296946969  
HORA : 15:59:37

Subjeto a Confirmação do Banco

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
22 JUN 2018  
TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05876-9

CONTA: 000000011512-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO12072018050000000002370587600000011512253125 PAGO

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180288297      **Cidade:** João Câmara      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA      **Data do acidente:** 07/02/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Descrição do exame** PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS RESIDUAIS COM IMPORTANTE DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS  
**médico pericial:** DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. APÓS 03 MESES DA FIXAÇÃO EVOLUIU COM PROCESSO INFECTO SENDO RETIRADA A PLACA E OS PARAFUSOS. ALTA EM MARÇO DE 2018.  
PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS RESIDUAIS COM IMPORTANTE EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.  
A RADIOGRAFIA MOSTRA GONARTROSE GRAVE COM AFUNDAMENTO DO PLATO TIBIAL MEDIAL E LATERAL.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

**CRM do médico:** 3940

**UF do CRM do médico:** RN

### 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



PROTÓCOLO RECEBIDO	
22 JUN-2018	
Sistema	Ministério
TERRA DO SOL ADM	União
UNICO RETORNO DE SEGS	Corretora de Seguros
Saúde	Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
DE INTERNAÇÃO HOS.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

FALTA SOLICITAR  
EXAMES LABORATORIAIS  
(~~ECG~~)

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO

146876

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

160 6095 2691 0006

09/08/1968

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

99214-7099

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA 21 DE ABRIL 3350

16- MUNICÍPIO

JOAO CAMARA

17- BAIRRO

CENTRO

18- UF

RN

19- CEP

59000-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Defeito na perna devido a  
fratura do pé devido a  
acidente motocicleta*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

*Necessita tratamento*

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

*EGT*

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

*Dr Edimar M Dantas*

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

*CRM 942*

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

41- SÉRIE

( ) AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

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

Autorização

45- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		146876	
DATA	HORA	CATEGORIA	
22/02/2017	16:41	GIH	
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO	09/08/1968		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
CASADO	PESCADOR		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA 21 DE ABRIL 3350	BAIRRO	UF	CEP
JOAO CAMARA	CENTRO	RN	59000-000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA	TELEFONE		
RESPONSÁVEL	99214-7099		
EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO			
ENDERECO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO	<i>Senes feels</i>		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSAO

30.02.17

ALTA 16.03.17

OBITO

HISTORIA CLINICA

Dr. Edimar M. Dantas  
Ortopedia - Traumatologia

CRM 342

*CONFECIONARIAL  
CONFERENCIAL  
CONFERENCIAL*



**GOVERNO** **ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido 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	
5 - NOME DO PACIENTE <b>JOSE DE ANCHIETA OTAVIA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
<b>JOSE DE ANCHIETA</b>		6 - N° DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <b>160 6095 2691 0006 091081 68</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>42</b>	9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA COSTA LIMA</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO <b>9-9432-5314</b>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) <b>R. 21 DE ABRIL 3350</b>		13 - TELEFONE DE CONTATO <b>9-9214-7099</b>	
13 - MUNICÍPIO <b>JOÃO PESSOA</b>	14 - BAIRRO <b>CENTRO</b>	15 - UF	16 - CEP
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>DOOR MCG JOEUCHO</b>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>FAT TAT (DESIGNACIONAMENTO) PATELA</b>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <b>Rr (6 PONTOS)</b>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura JOEUCHO</b>		21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO
23 - LAUDOS ASSOCIADOS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>TRAUMA CRUPO</b>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>030 80 100 10</b>		26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>Antônio M. (CRM 122)</b>		29 - DT SOLICITAÇÃO	
30 - CNS / CPF		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
32 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO			
33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	38 - 40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRICAÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ( )	
42 - CID SECUNDÁRIO		44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVISSIMA	
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO			
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		54 - N° 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 a luz dos valores éticos e humanitários.



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		Enf. Leito
Data operação Operador 2º auxiliar	1º auxiliar 3º auxiliar	Instrumentador
08/03/2017 MICHEI	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	RICARDO EMANUEL	
Tipo de operação		
Diagnóstico pós-operatório <b>FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO + AVULSAO DE TENDÃO PATELAR</b>		
Relatório imediato do patologista <b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO + RECONSTRUÇÃO DO</b>		
Exame radiológico no ato <b>AVULSAO DO EXTENSOR DO JOELHO DIREITO</b>		
Acidente durante a operação		
DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO		
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li><li>2. ESVAZIAMENTO MI + GARROTEAMENTO</li><li>3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA</li><li>4. CAMPOS ESTÉREIS</li><li>5. INCISÃO E DISSECCÃO POR PLANOS EM PLATO TIBIAL LATERAL DE JOELHO DIREITO</li><li>6. REDUÇÃO DA FRATURA E ESTABILIZAÇÃO COM FIOS DE K</li><li>7. PLACA 4,5 EM L 4,5MM + PARAFUSOS</li><li>8. RETINACULOTOMIA, FIXAÇÃO DO TENDÃO PATELAR, AMARRIA DE SEGURANÇA COM FIO DE CERCLAGEM</li><li>9. UTILIZAÇÃO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM</li><li>10. HEMOSTASIA RIGOROSA</li><li>11. LAVAGEM E SUTURA POR PLANOS</li><li>12. CURATIVO</li><li>13. SOLTURA DO GARROTE</li><li>14. TALA COXO-SURAL</li><li>15. BOA PERFUSÃO DISTAL</li></ol>		
<p><i>CONFIRA COM ORIGEM</i> Assinatura do Cirurgião</p>		
<p><i>D. Michael Ferreira de Araújo</i> Sist. de Traumatologia Ortopedia Oncológica M2 33408</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO 0408050501 <input type="checkbox"/> CBO. 225225 <input checked="" type="checkbox"/> CBO. 225270 <input checked="" type="checkbox"/> 14 DIAS <input checked="" type="checkbox"/> CID 582-1</p>		



## Hospital

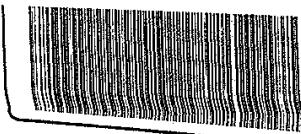
Nome do paciente		Nº prontuário	
Data operação	Enf.	Leito	
Operador		1º auxiliar	
2º auxiliar		3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

### **DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**

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



SERVIÇO DE ENFERMAGEM



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: José de Andrade Mariano Idade: 48 D/N: 09/08/1968  
 Pront.: 146.876 Município: São Gonçalo Procedência: ( ) Interno ( ) Externo  
 Data da cirurgia: 08/03/17 Hora Admissão: Bloco: 08:40 Sala: 08:40 Hora Saída: 11:30 Peso: 94 Kg  
 Alergias: ( ) Não ( ) Sim Nega Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras Nego  
 Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim Nega Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
 SSVV Admissão: PA: mmHg P脉: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: % T: °C

Enfermeiro(a): Luciane Instrumentado (a): Glória Circulante: Augusta  
 Cirurgia: TEE CIRÚRGICA PISTOL Especialidade: ORT Sala: 03  
 Hora Início: 09:00 Hora Término: 11:00 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
 1º Cirurgião: MICHEL Aux: RONALDO Residente:

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Bloqueio Raquidiana Ag. nº 25 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
 Ag. nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: Início: 08:45 Garrotas ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 08:50 Término: 11:05  
 Anestesiologista: Dr. CÉLIO

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Jelco	ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico	Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Acesso V. Central	Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. Diálise	Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/>	Fistula	PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/>	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado	Integra	<input checked="" type="checkbox"/>	SNG	Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/>	SVD	BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/>	Colostomia	Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	t/dificuldade	Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/>	Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico	Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico	Manchas	<input checked="" type="checkbox"/>	Tração	
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações	S/Tricotomia	<input checked="" type="checkbox"/>	Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	62	59	63	Bpm
Pulso	62	59	63	Bpm
Oximetria	96,1	97	98,6	%
Capnografia	=	=	=	%
PA	136/91	165/104	122/89	mmHg

## ACESSO VENOSO

Punção Arterial	<input checked="" type="checkbox"/>
Punção Venosa Periférica	<input checked="" type="checkbox"/>
Punção Venosa Central	<input checked="" type="checkbox"/>
Dissecção venosa	<input checked="" type="checkbox"/>
Local:	<i>CONFERIR COM ORIGINAL</i>
Cateter:	<i>CONFERIR COM ORIGINAL</i>

## SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº	
etorno:	

## CATETERISMO VESICAL

SVF nº	SVA nº
lurese:	

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Hemograma ( ) Gasometria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coagulograma ( ) Outros
<input checked="" type="checkbox"/>	Tipagem Sanguínea ( ) Glicosimetria:
<input checked="" type="checkbox"/>	Radioscopia (Raio X)

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	1 Anatômicos
Ventral	Pescoço	2 Abduzidos
Lateral	Tórax	3 Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/>	Sim ( ) Não ( )	Metal ( ) Descartável
Local:	DORSAL	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Local: MJO	Solução: 100%	Local: VTO

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:	06	EGO CECAGEM
Ostomia:	01	ANAL
Fio de KC:	8	Parafuso - tipo: CONCRE
Placa - Tipo:	1	ESQ SEUZ 3/5
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	111	Quant. Material: 7
Val.: 13/03/17	Contagem de gaze e compressa:	( ) Não ( ) Sim





**SUS**  
SISTEMA  
ÚNICO DE  
SAÚDE

Ministério  
da  
Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

**PROTOCOLO  
RECEBIDO**

22 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

2- CNES

4- CNES  
3515168

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO  
146876

10- RACA/COR  
PARDA

12- FONE DE CONTATO  
99214-7099

14- FONE DE CONTATO

5- PACIENTE

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO

7- CARTAO NACIONAL/SUS

160 6095 2961 0006

11- NOME DA MAE

BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

13- NOME DO RESPONSÁVEL

**Identificação do Paciente**

8- DATA DE NASCIMENTO  
09/08/1968

9- SEXO  
MASCULINO

17- BAIRRO  
CENTRO

18- UF  
RN

19- CEP  
59550-000

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA 21 DE ABRIL 3350

16- MUNICIPIO

JOAO CAMARA

**Justificativa de Internação**

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*febre febre Março de 2018 a 80 dias*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CODIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLINICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

Manoel Correia Neto

35- ASSINATURA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM/PB/649

**Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)**

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SERIE

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NAO SEGURADO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**Autorização**

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*CONFERE COM ORIGINAL*

*Yat*  
Servidor

*152398-7*



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº		LEITO	ORTOPEDIA	PRONTUÁRIO
DATA	HORA		CATEGORIA	146876
31/05/2017	10:25			GIH
PACIENTE				
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO				DATA DE NASCIMENTO
ESTADO CIVIL				09/08/1968
SOLTEIRO	PROFISSAO			
ENDEREÇO (RUA, N°)	PESCADOR			
RUA 21 DE ABRIL 3350				
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP	
JOAO CAMARA	CENTRO	RN	59550-000	
LOCAL DE TRABALHO				TELEFONE
FILIAÇÃO				
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA	N DECLARADO			
RESPONSÁVEL				TELEFONE
ENDEREÇO				99214-7099

### DIAGNOSTICO PROVISORIO

---

**DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

---

**DATA DE ADMISSÃO**

ALT

23/08/2012

OBITUARY

## HISTORIA CLINICA

CONFERE COM ORIGINA  
Vigor  
Servidor  
152396-1

HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉIO MARQUES - LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Simples: 1500 ml Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

ANÁTOMO PATOLÓGICO

( ) Não ( ) Sim Peça: Peça para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( ) limpo ( ) c/exudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

*pac sus subiteu s. v. curvatura do  
futuro f. esq. perna direita, dor viscosa  
contorcendo a perna, dor no seio  
deve ser f. l. l. cirurgica c/1  
s. l. c. s. local dolor, usm. rx. Ass: sus  
Coren: 232721*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado

Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro:

Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematuria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: *(CR)*

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 11:30 Data: 08/03/17 Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado

( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) Ambiente

Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade

Venóclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: MIV Local: Mb Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical

Drenos: ( ) Succión ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:

Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos

Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Horas	T°C	P	PA	FR	Sat. %	Dor
Admissão	<u>33</u>				<u>100%</u>	<u>0</u>
30'	<u>34</u>				<u>100%</u>	<u>0</u>
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml

Ringer: \_\_\_\_\_ ml

Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gástr.	Drenagem	Retorno da infusão
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

Evolução de Enfermagem/INTERCORRÊNCIAS:

*Pac. admitido na SCA. Enf. mantém AP + curativo + dor suco. Após recepção enxamamento p/ PC.*

Ass: Aline C

Coren: 168301

**EXAMES COMPLEMENTARES***Ass. do Responsável***ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

**CONDUTA**

~~00-06~~  
~~00~~  
- Diprofene 400mg 6/0h (C)  
- Bilefina 50mg 60  
- Farinal 100mg (C) 12/17h

*Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>0101-11675</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA _____ HS		HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA _____	
ÓBITO ____/____/____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



SUS: 160 6095 2691 0006 Ref. 99314-7099 (cont.)

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

NOME: Jose De Andrade Oliveira N° 53  
 IDADE: 09/08/1968 COR: — SEXO: MASC. ESTADO CIVIL: Solteiro  
 NATURALIDADE: João Pessoa RN PROFISSÃO: Desconhecido PROCEDÊNCIA: —  
 ENDEREÇO: Rua 11 de Agosto 3350 BAIRRO: Centro  
 CIDADE: João Pessoa RN DATA: 31/05/2017 HORA: 09:10h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO									
APARENTEMENTE BEM	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA	<input type="checkbox"/>	CHOCADO	<input type="checkbox"/>	COMATOSO	<input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO	<input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO	<input type="checkbox"/>	AGITADO	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>			NÃO <input type="checkbox"/>					
PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)			B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA			C) PRESSÃO ARTERIAL		
TEMP.	RESPIRAÇÃO			PULSO			T.A.		
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALÉGADA)									



**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS**

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

estranhamento anox. (sue)



Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: José de Andrade Otávio Idade: 48a D/N: 09/08/68  
 Pront. 146876 Município: F. Caixava Procedência:  Interno  Externo  
 Data de cirurgia: 04/08/17 Hora Admissão: Bloco:   Sala:   Hora Saída:   Peso:    
 Alergias:  Não  Sim Comorbidades:  H/S  DM  Outras  
 Uso de medicações:  Não  Sim Jejum:  Não  Sim  
 SSVV Admissão: PA:   mmHg Pulso:   bpm Fl:   rpm FC:   bpm SpO<sub>2</sub>:   % T:   °C

Enfermeiro(s): Edene Instrumentado (a): Savonaro Circulante: Creuza + Reba

Cirurgia: Debridamento urinário feito (1) Especialidade: Ortopedias Sala: 23  
 Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:35 Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada

1º Cirurgião: Jose Aux.:   Residente:  

Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT:   ( ) Bloqueio  Raquidiana Ag. n.º 25 ( ) Peridural  c/cateter  s/cateter  
 Ag. n.º   Cateter n.º:   Início:   Garrote:  Smarch  Pneumático Início:   Término:    
 Anestesiologista: Waldemar

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jeico	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Dialise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Dífrusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambulá	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmanico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	
Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>74</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	Bpm
Pulso	<u>74</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>96</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	<u>164x101</u>	<u>146x89</u>	<u>152x100</u>	mmHg

ACESSO VENOSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Arterial	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica	
<input type="checkbox"/> Puncão Venosa Central	
Dissecção venosa	
Local: <u>MSE</u>	
Cateter: <u>Jeles R</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/> SNG n.º	
Retorno:	

CATETERISMO VESTÍBAL	
<input type="checkbox"/> SVF n.º	<input type="checkbox"/> SVA n.º
Diurese:	

Profissional responsável:	
<input type="checkbox"/> Hémograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria

EXAMES SOLICITADOS:	
<input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Local:	
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>MID</u>	
Solução: <u>Clorhexidina</u>	
Local:	

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	
Placa - Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>Reservado</u>	Quant. Material:
Val.: <u> </u>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

**Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia**

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário						
Nome										
Data		Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Idade	Sexo	Cor	
Tipo sanguíneo		Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Ureia				
		Urina								
Ap. respiratório		NIVUS (afim bafeal).					Asma	Bronquite		
Ap. circulatório		RORER BPF (pneum)					Eletrocardiograma			
Ap. digestivo		Leyus M. 42h					Dentes	Pescoco	Ap. urinário	
Estado mental		JUNHO					Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório							ASA II / Nod.		Estado físico	Risco
Anestesias anteriores										
Medicação pré-anestésica							Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos										
Líquidos										
Anest.										
Oper.										
Anest.										
Oper.										
Pulseira										
Pulseira										
SÍMBOLOS										
E										
NOTAÇÕES		Macaúba desemboc + pulmão aberto, medíbuz 4x5, 25 mmHg								
POSIÇÃO		Macaúba perdeu est 17 + 20 mmHg FPF; sum interconectados.								
Agentes		Macaúba desocla est 15 + 20 mmHg FPF								
Técnica		Macaúba desemboc, 17 mmHg sum interconectados								
Operação		Limpura/Desb. Macaúba Clínico								
Nirurgiões										
Anestesiistas										
Observações		Dr. WILHELE DEBRA								
notar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias										
Perda sanguínea										

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: RODRIGO ANTONIO COUTINHO Idade: 48 D/N: 07/08/08  
 Pront: 110814 Município: João Pessoa Procedência: () Interno () Externo  
 Data da cirurgia: 21/08/08 Hora Admissão: Bloco: 1 Sala: 10 Hora Saída: 21 Peso: \_\_\_\_\_  
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras \_\_\_\_\_  
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim  
 SSVV Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg P脉: \_\_\_\_\_ bpm FI: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C  
 Enfermeiro(a): Licinaria Instrumentado (a): 100% EAN Circulante: Alberto  
 Cirurgia: LIMPADA DCPR DIN Especialidade: ORT Sala: 03  
 Hora Início: \_\_\_\_\_ Hora Término: \_\_\_\_\_ Tipo de cirurgia: () Eletriva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada  
 1º Cirurgião: DR. MEL Aux: UNA Residente: \_\_\_\_\_  
 Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio RAQUIDIANA AG. n° 2F () Peridural () c/cateter () s/cateter  
 Ag. n° \_\_\_\_\_ Cateter n°: 19-17 Garrote: () March () Pneumático Início: 10/08/08 Término: 10/08/08  
 Anestesiologista: DR. RODRIGO

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	Normocorada	Normotensão	Jejico	ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico	Hipocorada	Hipotensão	Acesso V. Central	Óximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	Cianótica	Hipertensão	Cat. Diálise	Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	Ictérica	Normocárdico	Fistula	PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	Desidratada	Bradicardia	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado	Integra	Taquicardia	SNG	Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	C/lesões	Choque	SVD	BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	Sudorese	Normoesfigmico	Colostomia	Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	t/dificuldade	Cicatriz cirúrgica	Eupnêia	Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	Higiene Satisfatória	Dispnéia	Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico	Higiene deficiente	Dispositivo O <sub>2</sub>	Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico	Manchas		Tração	
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações	S/Tricotomia		Talas	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC		XG	84	Bpm
Pulso		SP	84	Bpm
Oximetria	09/08/08	10/08/08	99	%
Capnografia	09/08/08	10/08/08	99	%
PA	100/60	110/60	112/60	mmHg

ACESSO VENOSO

- Punção Arterial
- Punção Venosa Periférica
- Punção Venosa Central
- Dissecção venosa

Local:

Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG n°:

Retorno:

CATETERISMO VESICAL

SVF n°:

SVA n°:

Diurese:

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

( <input type="checkbox"/> ) Hemograma	( <input type="checkbox"/> ) Gasometria
( <input type="checkbox"/> ) Coagulograma	( <input type="checkbox"/> ) Outros
( <input type="checkbox"/> ) Tipagem Sanguínea	( <input type="checkbox"/> ) Glicosimetria:
( <input type="checkbox"/> ) Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatônicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Lítotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatônicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim () Não () Metal () Descartável

Local: DR. C

DEGERMAÇÃO

Sim () Não

Local: DR. C

TRICOTOMIA

() Sim () Não

Local:

Solução:

Sim () Não

100%

Local:

DR. C

Solução:

100%

Local:

DR.

Nome do paciente			Nº prontuário
Data operação	JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO	Ent.	23/06/17
Operador	DR. MICHEL	DR. URAI	Leito
2º auxiliar		3º auxiliar	1º auxiliar
Anestesista			Instrumentador
Diagnóstico pré-operatório			
INFECÇÃO DO JOELHO DIR			
LIMPEZA CIRÚRGICA + RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE			
Diagnóstico pós-operatório	Leonardo de S. Barros Médico Anestesiologista CRM/RN 4281		
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - linhadas - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3. CAMPOS ESTÉREIS

4. DESBRIDAMENTO + LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%

5. RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE

→ 6. COLHIDO MATERIAL PARA CULTURA E ANTBIOGRAMA

7. SUTURA

8. CURATIVO

9. BOA PERFUSÃO DISTAL CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

091060035

3 289



Hospital

Nome do paciente	José de Andrade OTAVIUSO			Nº prontuário
Data operação	03/08/17	Enf.	Leito	
Operador	MARCELO SOBREIRA			1º auxiliar
2º auxiliar	EDUARDO ADRIANO			3º auxiliar
Anestesista	EDUARDO ADRIANO			Tipo de anestesia
Diagnóstico pré-operatório	Lisfrancite em 3º grau estresse			
Tipo de operação	1º reoperatório com PATEC FOLIA e curvatura			
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Presente sob anestesia, liseira, curtos, mico e auxiliar. Acesso feito curvatura e descolamento dos tecidos moles, feito da articulação, ressecção fisiona avascular. Instalação de fato de mico e sutura com nenhuma curvatura com fuso e crimpom.

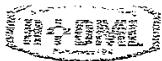
Dr. Carlos Magno P. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologista  
Perito em Traumatologia  
CRM 2106 - TEOT 5981  
CPF: 188.304.804-44

CONFIRA COM ORIGINAIS

11/08/2017

0408060557

1002

HOSPI  
SERI

## EVOLUÇÃO

() Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
() Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

EC REP	Fone: +55 11 4071-2515 - CNPJ: 55.07.1720001-04 - Resp. Técnico: Miguel Tadeu Gorga - CRF - 7888
Travessa da Anunciada, N° 10 - 2º Esc. Fone: +55 11 2300-2328 - 51059 - Portugal - Tel/Fax: +351 253238227 - e-mail: cinterqual@apo.pt	
NOME TÉCNICO / TECHNICAL NAME / NOMBRE TÉCNICO DRENO / DRAIN / DRENAGE	
NOME COMERCIAL / TRADE NAME / NOMBRE COMERCIAL DRENO POS - OPER. DRENOL 3,2MM / POS OP DRAIN 3,2 MM	
DRENOS POS OPERAT 3,2 MM	
COMPOSIÇÃO / COMPOSITION / COMPOSICIÓN POLIETILENO / POLYETHYLENE / POLIETILENO	
CÓDIGO / CODE / CÓDIGO 40000001325	REGISTRO ANVISA / ANVISA REGISTRATION / REGISTRO DE ANVISA 10223680002
QUANTIDADE / QUANTITY / CANTIDAD 01	CLASSE / CLASS / CLASE II
	LOTE / LOT / LOTE 04032/18
<small>           Aviso: Instruções para o uso do produto, advertências, precauções, condições especiais de armazenamento, conservação, manipulação e reclamações - Ver instruções de uso. Instructions for use, warnings, precautions, storage, preservation and complaints: See instructions for use. Instrucciones para uso del producto, advertencias, precauciones, condiciones especiales de almacenaje, conservación, manipulación y quejas: Ver instrucciones de uso.            Não usar os produtos se o embalagem estiver danificada. / Do not use if the package is damaged. / No usar el producto si el empaque estuviera dañado.         </small>	

h:  
h:  
h:h:  
h:  
h:

Validade	VALIDADE 5 YEARS 5 AÑOS
STERIL/STERE/ESTERIL	STERILE/ESTERIL
PAÍSES	CAMAS
PRODUTO DE USO ÚNICO	SINGLE USE PRODUCT
PRODUTO DE USO ÚNICO	PRODUCTO DE USO ÚNICO
PERMITIDO REPROCESSAR	PERMITIDO REPROCESAR
PERMITIDO REPROCESSAR	PERMITIDO REPROCESAR

## HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
() Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml() Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
() Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ mlQuantidade total de volume  
administrado: 1000 ml

## ANÁTOMO PATOLÓGICO

X Não ( ) Sim Peça:

Peça para sepultamento: X Não ( ) Sim

Swab para cultura:

Líquido:

## CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: X Limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Exsudado sem intercorrência*Ass: *Juliana* Coren: *21775*

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: X Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado

Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel X O<sub>2</sub> ambiente Curativo: X Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: *Coma devido a lúpus*

Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Elemtária ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: CAV

## UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 16:30 Data: 03/08/14 Nível de consciência: X Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose X Orientado  
 ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> X O<sub>2</sub> Ambiente  
 Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
 Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: *jj* Local: *MS* Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
 Drenos: ( ) Sução ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:  
 Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno insuficiente ( ) Coágulos  
 Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: X ECG X Oxímetro X RPA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate:

## SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	7	58	100xY	20	93	0
30'	7	57	/	19	100	0
60'	67	/	/	20	100	/
Alta	65	100/x8	23	98	/	/

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml CONFERE COM ORIGEM

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml *ok*

Ringer: 500 ml Servidor

Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml *ok*

## Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

## Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

*17:20 p.m. encaminhado p/ seu deuts re DIF - Andrade*

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

ANEXOS COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

— Rx gálico a R2  
— Leveus

*Manoel Correia Neto  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM/RN 849*

*CONFIRME COM ORIGINAL  
Servidor 152396*

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Manoel Correia Neto</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ___/___/___ HORA _____ PARA _____
HORA _____ HS		
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	
DATA ___/___/___	HORA _____	<i>NIR / HADM AUTORIZADO</i>
ÓBITO ___/___/___	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Manoel Correia Neto Ortopedia - Traumatologia CRM/RN 849</i>		
<i>CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)</i>		



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem – Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

( Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.    ( Plasma \_\_\_\_\_ Unid.    ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.    ( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.    ( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml    ( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml    Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml    ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

ANÁTOMO PATOLÓGICO

( ) Não ( ) Sim Peça: \_\_\_\_\_ Peça para sepultamento: ( ) Nâc ( ) Sim  
Swab para cultura: \_\_\_\_\_ Líquido: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( ) limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência:  Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado

Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematuria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia:  SRPA

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 15:35 Data: 04/06/17 Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado

( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente

Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade

Venóclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: HU Local: MS Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical

Drenos: ( ) Succión ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kerr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_

Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos

Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexiga ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC

Relate:

SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	-	79	14x7	20	100	0
30'	-	78	16x9	19	100	0
60'	-	79	16x8	20	100	0
Alta	-	76	16x8	19	100	0

Soro glicosado: \_\_\_\_\_  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: 500 ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_  
*CONFERE COM ORIGINAIS*  
*Agulha*  
*miservidor*  
*16/06/17*

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Recebido da SO	Diurese	Retorno Gástr.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Desprezado				
URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

16:10 *pac encomendado p/ seu leito consciente orientado*  
*o omb na HUP Análise*

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_



Hospital

Nome do paciente

José de Alencar P. C. - 07 - 00000000000000000000000000000000

Nº prontuário

141876

Data operação

20/07/2018

Enf.

Leito

Operador

J. de Alencar P. C.

1º auxiliar

2º auxiliar

J. de Alencar P. C.

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

J. de Alencar P. C.

Tipo de anestesia

Anestesia + Analgesia

Diagnóstico pre-operatório

Fratura de tarsos e metatarsos com luxação

Tipo de operação

Fratura de tarsos e metatarsos

Diagnóstico pós-operatório

Fratura

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

radiografia

Acidente durante a operação

radiografia

## Descrição da Operação

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

- 1) Incisão em X no lado direito sob anestesia
- 2) Acesso à articulação
- 3) Exposição de ossos cravos
- 4) Retirada do fio no círculo exposto o fêmur operatório e fêmur
- 5) Descolamento óssseo com eletroda de tração - elevador
- 6) Fratura transversa em 3/091
- 7) União

José de Moura L. Neto  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM - 6718

CONFIRME COM ORIGINAL  
Lugares  
1523967

8415040035

3  
109



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: José de Anchieta Otaviano Idade: 49 D/N: 09/08/1988  
 Pront.: 146876 Município: João Correia Procedência:  Interno  Externo  
 Data da cirurgia: 03/08/2017 Hora Admissão: Bloco: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Alergias:  Não  Sim Oppositor Comorbidades:  HAS  DM  Outras \_\_\_\_\_  
 Uso de medicações:  Não  Sim \_\_\_\_\_ Jejum:  Não  Sim \_\_\_\_\_  
 SSV/Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg P脉: \_\_\_\_\_ bpm PI: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C  
 Enfermeiro(a): Isabelle Instrumentado(a): Respiratória Circulante: 1000 ml + 1000 ml  
 Cirurgia: Transtorno de patiloscopia e ventilação Especialidade: Ortopédica Sala: 01  
 Hora Início: 15:40 Hora Término: 16:25 Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
 1º Cirurgião: João Correia Aux.: Residente  
 Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT: \_\_\_\_\_ Bloqueio  Raquidiana Ag.º 271 Peridural  c/cateter  s/cateter  
 Ag.º \_\_\_\_\_ Cateter nº: 15:35 Garrote:  Smarch  Pneumático Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
 Anestesiologista: Dr. Jeferson

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Dífrusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SIÑAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	69	71	71	Bpm
Pulso	70	73	70	Bpm
Oximetria	96	92	97	%
Capnografia				%
PA	110/70	110/70	110/70	mmHg

ACESSO VENOSO				
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Arterial				
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica				
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Central				
<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa				
Local:				
Cateter:				

SONDAGEM GÁSTRICA				
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº:				
Retorno:				
CATETERISMO VESICAL				
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº:		<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº:		
Diurese:				
Profissional responsável:				
EXAMES SOLICITADOS:				
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria			
<input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/> Outros			
<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Glicosimetria:			
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)				

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	Fletídeos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlenburg		Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		Fletídeos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Metal
Local:		
DEGERMAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim
Local:		
TRICOTOMIA		
<input checked="" type="checkbox"/> Solução		
		Local:
IMPLANTE CIRÚRGICO CONFERE COM ORIGINAL		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		parafuso - tipo:
Placa - Tipo:		
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:		Quant. Material:
Val.:		Contagem de gaze e compressa:

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	HJM	Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																	
Nome	JOSE DE Anestesista OTAVIO		Idade	Sexo M Cor																																	
Data	13/07/17	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																														
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia																																
	Urina																																				
Ap. respiratório	N/N		Asma	NEGA	Bronquite																																
Ap. circulatório	p/pw		Eletrocardiograma																																		
Ap. digestivo	N/N		Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																
Estado mental	grau TAD		Ataracicos	Corticoides	Alergia	NEGA	Hipotensores																														
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco																														
Anestesias anteriores																																					
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td>Ó</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos	Ó														Líquidos														
Agentes Anestésicos	Ó																																				
Líquidos																																					
Oper.	260																																				
	250																																				
Anest.	240																																				
	230																																				
O. Respir.	220																																				
	210																																				
P. Peso	200																																				
	190																																				
P. Peso	180																																				
	170																																				
P. Peso	160																																				
	150																																				
P. Peso	140																																				
	130																																				
P. Peso	120																																				
	110																																				
P. Peso	100																																				
	90																																				
P. Peso	80																																				
	70																																				
P. Peso	60																																				
	50																																				
P. Peso	40																																				
	30																																				
P. Peso	20																																				
	10																																				
SÍMBOLOS																																					
ANOTAÇÕES																																					
POSIÇÃO	DOL																																				
Agentes	BIPNTATINA PESADA - 20mg - ALFENTANA - 0,2mg - (Fentanyl - 10)																																				
Técnica	BALI ANESTÉSICA - 1500cc																																				
Operação	LIMPEZA CIRÚRGICA																																				
Cirurgiões	DR. AFONSO L JR CIRURGO DENTAL																																				
Anestesistas	DR. MUR																																				
Observações	Dr. MUR																																				
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																					
Dr. MUR F. M. Anestesiologista CRM/SP 5432																																					
Perda sanguínea																																					