



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)	
PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45125387	25/06/2019 15:12	Petição	Petição
45125437	25/06/2019 15:12	2610034 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
45125487	25/06/2019 15:12	2610034 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	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

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** 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

Pag. 00689/00690 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13021513

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Carta nº: 13181863

A/C: 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

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00075/00076 - carta_15R - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Nº Sinistro: 3180288297

Vítima: 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

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

Nome completo da vítima

876.654.764-49 JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Procedência

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA 876.654.764-49 12 E CUSO

Endereço

Número

Complemento

RUA BR-406

1335

Bairro

Cidade

Estado

CEP

CENTRO

JOAO CAMARA

RN

59.550-00

Email

(84) 99151-3780

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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 POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

BANCO

BRADESCO

CPF

237

AGÊNCIA

CVV

CONTA

CVV

AGÊNCIA

CVV

CONTA

CVV

5876

9

5876

9

11512

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

JOAO CAMARA 21 de JUNHO de 2

Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JUN 2018
TERMO DE SOLAÇÃO E CANCELAMENTO DE SEGS

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FIRST DATA DO BRASIL
NSU FDB-OM: 001131762101 NS: 2877405

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

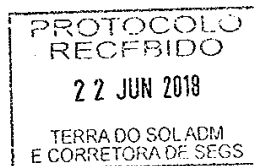
Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Contas: Conta Corrente
Cesta de Serviços: CESTA EXPRESSO 4
R\$ 15,00

Adesão ao Programa de Benefícios: N

NSU BANCO: 029296946969
HORA : 15:59:37

Sujeito a Confirmação do Banco

OUVIÓRIA BRADESCO
0000 727 9933



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

BRADESCO1207201805000000000023705876000000011512253125 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS RESIDUAIS COM IMPORTANTE DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS 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 INFECCIOSO 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

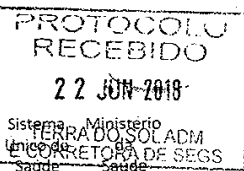
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOS.
Identificação do Estabelecimento de Saúde

FALTA SOLICITAR
EXAMES LABORATORIAIS
(EKG)

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 146876	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 160 6095 2691 0006	8- DATA DE NASCIMENTO 09/08/1968	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE BENEDITA OTAVIANO VIEIRA		12- TELEFONE DE CONTATO 99214-7099	
13- NOME DO RESPONSÁVEL EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) 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 <i>deferente para ser o mesmo do acidente motorizado</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessite tratamento cirúrgico</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>ECG e RX</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura do fêmur</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>86.01</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>reparo cirúrgico</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO Dr Edimar M. Dantas CRM 942	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DO DOCUMENTO DO SOLICITANTE
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- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () ACI. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGÃO EMISSOR	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		09/08/1968
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
CASADO	PESCADOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
RUA 21 DE ABRIL 3350		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
JOAO CAMARA	CENTRO	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59000-000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA		
RESPONSÁVEL		TELEFONE
EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO		99214-7099
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
<i>[Handwritten Signature]</i>		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO

22.02.17

ALTA

16.03.17

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Edimar M. Dantas

Ortopedia - Traumatologia

CRM 942

CONFERE COM ORIGINAL
[Handwritten Signature]



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	
5 - NOME DO PACIENTE JOSE DE ANCHIETA OTAVIA			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 160609526910006		6 - Nº DO PROTOCOLO 416	
8 - DATA DE NASCIMENTO 09/08/68		9 - SEXO MASCULINO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA COSTA LIMA		11 - TELEFONE DE CONTATO 9.9432.5314	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. 21 DE ABRIL 3350		13 - TELEFONE DE CONTATO 9.9214 7099	
14 - BAIRRO CENTRO	15 - UF	16 - CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor no joelho			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO FRAAT JAT (DESINXENOTENDÃO IATELHA) D OCAPO ELINHO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rx e tomo			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRAAT JOELHO	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO FRATURADO ELIMINADO		25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE MARCOS M. Brasil de Ortopedia e Traumatologia CRM 2442
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0304010018		29 - DT SOLICITAÇÃO		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		43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA	
42 - CID SECUNDÁRIO			

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 a luz dos valores éticos e humanitários.



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO		Enf.	Leito
Data operação		Operador	
08/03/2017		1º auxiliar	
2º auxiliar		3º auxiliar	
Anestesiista		Instrumentador	
TINICHEI		Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório		RICARDO EMANUEL	
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO + AVULSÃO DE TENDÃO PATELAR			
Relatório imediato do patologista			
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO + RECONSTRUÇÃO DO			
Exame radiológico no ato			
APARELHO EXTENSOR DO JOELHO DIREITO			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO MI + GARROTEAMENTO
3. ASSESPIA E ANTISSEPSIA
4. CAMPOS ESTÉREIS
5. INCISÃO E DISSECAÇÃO POR PLANOS EM PLATO TIBIAL LATERAL DE JOELHO DIREITO
6. REDUÇÃO DA FRATURA E ESTABILIZAÇÃO COM FIOS DE K
7. PLACA 4,5 EM L 4,5MM + PARAFUSOS
8. RETINACULOTOMIA, FIXAÇÃO DO TENDÃO PATELAR, AMARRIA DE SEGURANÇA COM FIO DE CERCLAGEM
9. UTILIZAÇÃO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
10. HEMOSTASIA RIGOROSA
11. LAVAGEM E SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. SOLTURA DO GARROTE
14. TALA COXO-SURAL
15. BOA PERFUSÃO DISTAL

CONFERE COM ORIGINAL

CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(0415040012)
POLITRAUMATIZADO
(0415030013)
PROC. CLÍNICO

(X) PROC. CIRÚRGICO

CBO. 225225

CBO. 225270

DIAS

CID 582.1

Dr. Michel Freire de Araújo
Cirurgião e Traumatologista
CRM RJ 241.107



Hospital

Nome do paciente			Nº prontuário	
Data operação	Enf.	Leito		
Operador	1º auxiliar			
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório				
Tipo de operação				
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

CONFERE COM ORIGINAL



SERVIÇO DE ENFERMAGEM



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Jose de Archeta Otaviano Idade: 48 D/N: 09/08/1968
Pront.: 146.876 Município: João Câmara Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 08/03/17 Hora Admissão: Bloco: 08:40 Sala: 08:40 Hora Saída: 11:30 Peso: 94kg
Alergias: ☒ Não () Sim Nega Comorbidades: () HAS () DM () Outras Nega
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Nega Jejum: () Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C
Enfermeiro(a): Kaciare Instrumentado (a): Glória Circulante: Augusta
Cirurgia: TH Cirurgias Plásticas Especialidade: ORT Sala: 03
Hora Início: 09:00 Hora Término: 11:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: MICHEL Aux.: RICARDO Residente: _____
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº _____ Cateter nº _____ Início: 08:45 Garrota: ☒ Smarch () Pneumático Início: 08:50 Término: 11:05
Anestesiologista: Dr. LEONILDO

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>62</u>	<u>59</u>	<u>63</u>	Bpm
Pulso	<u>62</u>	<u>59</u>	<u>63</u>	Bpm
Oximetria	<u>96</u>	<u>97</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>=</u>	<u>=</u>	<u>=</u>	%
PA	<u>18/9</u>	<u>16/10</u>	<u>12/8</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa

Local: _____
Cateter: _____

SONDAGEM GÁSTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº _____

etorno: _____

CATETERISMO VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº _____
<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº _____

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável
Local: <u>DORSAL</u>

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>HTD</u>	Solução: <u>100%</u> Local: <u>HTD</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: _____
Tela: _____
Cateter: <u>06 FIO CFCUGEN</u>
Ostomia: <u>91 ANO PL</u>
Fio de KC: <u>8</u> Parafuso - tipo: <u>CONCHA</u>
Placa - Tipo: <u>1"ESQ 5"FURO 3/5</u>
Outros: _____

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>115/120/130</u> Quant. Material: <u>7</u>
Val.: <u>13/03/17</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim

CPE: NO
F2ENT: NO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

MUNICÍPIO DE EPIDEMIOLOGIA

INHOE / HRDML

INVESTIGADO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT Nº 719

NOME: JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO

IDADE: 12/06/1992 COR: PARDOS SEXO: M ESTADO CIVIL: CASADO

NATURALIDADE: BRASILEIRA PROFISSÃO: PESQUEADOR PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: RUA: 21 DE ABRIL, 3350 BAIRRO: CENTRO

CIDADE: JOÃO CAMARÁ DATA: 20-02-2017 HORA: 20:20 hrs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

± Músculo de antebraço exposto por
Acidente de trânsito

EXAME FÍSICO

Neg: Dm de HAS

CONFERE COM ORIGINAL

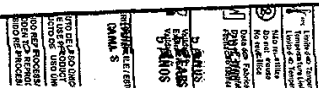
1554620

Acidente de trânsito

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

PROTOCOLADO
RECEBIDO

22 JUN 2018

TERRA DO SOLADIM
E CORRETORA DE SEGS

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

Identificação do Paciente

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

146876

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

160 6095 2961 0006

8- DATA DE NASCIMENTO

09/08/1968

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

99214-7099

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA 21 DE ABRIL 3350

16- MUNICÍPIO

JOAO CAMARA

17- BAIRRO

CENTRO

18- UF

RN

19- CEP

59550-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

func. de curta duração
whites no ± 80 mm

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PT - hipo

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

8 PT

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Distúrbio da função da tireoide

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

() CNS () CPF

35- ASSINATURA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Manoel Correia Neto
CRM/RN 648

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

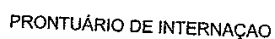
() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

CLINICA
ORTOPEDIA

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

DATA DE ADMISSAO

ALTA

23/08/23

OBITO

HISTORIA CLINICA

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

152396-1

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

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

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: ml () Soro Ringer Simples: 150 ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: ml () Soro Ringer Lactato: ml administrado:

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Pac. SUR. MATEU A. V. M. CURAÇÃO DE
PATO FISTULA PERMANENTE, FO USADO
OI PUTO 215 TIPS L E 2. 8 PINTURAS
CONTINUA + OI ANASTOMOSE DE PTO SECAL
COM FIBRA XIA. CIRCULACAO DE
SULFATO Glicosado, usin. R. X. Ass: Augusto Coren: 29282

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 () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CRO

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 () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: AB Local: MDR Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () 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

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>53</u>			<u>100%</u>	<u>100</u>
30'		<u>54</u>			<u>100%</u>	<u>45</u>
60'						
Alta						

Soro glicosado: ml
Soro Fisiológico: ml
Ringer: ml
Irrigação vesical contínua: ml

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Pac. admitido na SRA. EER
mantem AP + cateter + dreno sucos.
Após recuperação encaminhado p. PR.

Ass: Aline C Coren: 166301

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"/>

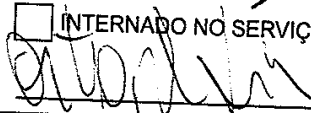
CONDUTA

~~00-06~~
~~00~~

- Imiprina 405g 6/06/10
- Rilefina 10 50g 10
- Traquel 102g 10 12/17h

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<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 Tel. 99214 7099
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: José de Azevedo Oliveira Nº 53
IDADE: 09/08/1968 COR: — SEXO: Masc. ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: João Câmara / RN PROFISSÃO: Encarregado
ENDEREÇO: Rua. 21 de Abril 3350 PROCEDÊNCIA: —
CIDADE: João Câmara / RN DATA: 31/05/2017 BAIRRO: Centro
HORA: 09:10h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALÉGADA)

Atenuado por pulso

EXAME FÍSICO

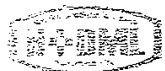
CONFERE COM ORIGINAL
Servidor
152396/1

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Atenuado por pulso



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João de Anilberto Otaviano Idade: 48a D/N: 03/08/68
Pront.: 146876 Município: J. Carreira Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 04/06/17 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
Enfermeiro(a): Isidione Instrumentado (a): Sapenara Circulante: Creus + Rê
Cirurgia: Debridamento cirúrgico pelo D Especialidade: Ortopedia Sala: 23
Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:35 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada ☒ Infectada
1º Cirurgião: João Aux.: Residente:
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio Traquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº Cateter nº: Início: Garrot: () Smarch () Pneumático Início: Término:
Anestesiologista: Waldemar

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

SINAIS VITAIS		ACESSO VENOSO		POSICÃO		COXIM		MMSS		
FC	<u>74</u>	Início	<u>77</u>	Fim	<u>76</u>	Unid.	<u>Bpm</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Pulso	<u>74</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	<u>Bpm</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos			
Oximetria	<u>100</u>	<u>96</u>	<u>97</u>	<u>%</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos			
Capnografia	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>%</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII			
PA	<u>14x10</u>	<u>146x25</u>	<u>152x100</u>	<u>mmHg</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg	<input checked="" type="checkbox"/> Abdominais	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos			
				<input checked="" type="checkbox"/> Canivete	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos					
				<input checked="" type="checkbox"/> Proclive						

PUNÇÃO VENOSA		DEGERMAÇÃO		PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Metal <input checked="" type="checkbox"/> Descartável	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central	<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa	Local: <u>MSE</u>			
Local: <u>MSE</u>		Solução: <u>Cloroxidina</u>			
Cateter: <u>Teles 18</u>		Local: <u>MID</u>			

SONDAGEM GÁSTRICA		IMPLANTE CIRÚRGICO	
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> Drenos: <u> </u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Retorno: <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> Retorno: <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> Tela: <u> </u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Cateterismo Vesical		<input checked="" type="checkbox"/> Cateter: <u> </u>	
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> Ostomia: <u> </u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Diurese: <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> Diurese: <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> Fio de KC: <u> </u>	
Profissional responsável: <u> </u>		<input checked="" type="checkbox"/> Placa - Tipo: <u> </u>	

EXAMES SOLICITADOS:		ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria	Caixa cirúrgica: <u>Pacífico</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/> Outros	Quant. Material: <u> </u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Glicosimetria	Val.: <u> </u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim	

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Enfermaria			Leito	Nº prontuário	
Nome	F. HANL				Idade	Sexo
Data	4/06/17	Pressão arterial	Pulso	90	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo	Hermafrodita	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Outros
Ap. respiratório		Ap. circulatório		Ap. digestivo		
110/70/14mmHg		RCR 1.2 + 1.2		Fígado normal		
Asma		Bronquite		Eletrocardiograma		
Estado mental		Dentes		Pescoço		
1.2		Atarácicos		Corticoides		
Diagnóstico pré-operatório		Alergia		Hipotensores		
Anestésias anteriores		Estado físico		Risco		
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito		
ASA II		Risco		Med.		

Agentes Anestésicos	0
Líquidos	500ml
Oper.	260
Anest.	250
O. Resp.	240
P. Pulso	230
	220
	210
	200
	190
	180
	170
	160
	150
	140
	130
	120
	110
	100
	90
	80
	70
	60
	50
	40
	30
	20
	10

SÍMBOLOS

NOTAÇÕES

POSICÃO

Agentes

Técnica

Operação

Quirúrgicos

Anestésistas

Observações

Perda sanguínea

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: JOSE DI ANTONIO CARVALHO Idade: 48 D/N: 09/08/98
Pront: 44876 Município: JOÃO PESSOA Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 23/08/14 Hora Admissão: Bloco 02 Sala: 02 Hora Saída: 21:00 Peso: 70
Alergias: Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 72 bpm FI: 20 rpm FC: 72 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): LUCIANA Instrumentado (a): LUCIANA Circulante: Augusto

Cirurgia: LIMPEZA DE CAVIDADE Especialidade: ORT Sala: 03
Hora Início: 08:00 Hora Término: 12:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infetada
1º Cirurgião: MICHEL Aux.: URAI Residente: URAI

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: 19:15 () Bloqueio RAQUIDIANA Ag.º 2F () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.º 19 Cateter nº: 19 Início: 19:15 Garrote: 15 March () Pneumático Início: 19:15 Término: 20:45
Anestesiologista: DR. ROBERTO

NEUROMUSCULAR

☒ Consciente
☒ Letárgico
☒ Coma
☒ Orientado
☒ Desorientado
☒ Sedado
☒ Ansioso
☒ Deambula
☒ t/dificuldade
☒ Acamado
☒ Paraplégico
☒ Tetraplégico
☒ Amputações

PELE/HIGIENE

☒ Normocorada
☒ Hipocorada
☒ Cianótica
☒ Ictérica
☒ Desidratada
☒ Íntegra
☒ C/lesões
☒ Sudorese
☒ Cicatriz cirúrgica
☒ Higiene Satisfatória
☒ Higiene deficiente
☒ Manchas
☒ S/Tricotomia

CARDIOVASCULAR/
RESPIRATÓRIO

☒ Normotenso
☒ Hipotensão
☒ Hipertensão
☒ Normocárdico
☒ Bradicardia
☒ Taquicardia
☒ Choque
☒ Normoesfígmico
☒ Eupnéia
☒ Dispnéia
☒ Dispositivo O₂

DISPOSITIVOS

☒ Jelco
☒ Acesso V. Central
☒ Cat. Diálise
☒ Fístula
☒ Arteriovenosa
☒ SNG
☒ SVD
☒ Colostomia
☒ Cistostomia
☒ Dreno:
☒ Aparelho gessado
☒ Tração
☒ Talas

MONITORIZAÇÃO

☒ ECG
☒ Oximetria
☒ Capnógrafo
☒ PA
☒ Estimul. Nervo
☒ Diprifusor
☒ BIC
☒ Desfibrilador

SINAIS VITAIS

	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>72</u>	<u>72</u>	<u>72</u>	Bpm
Pulso	<u>72</u>	<u>72</u>	<u>72</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>45</u>	<u>45</u>	<u>45</u>	%
PA	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	mmHg

ACESSO VENOSO

☒ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☒ Punção Venosa Central
☒ Dissecção venosa

Local: ULNA

Cateter: 27G

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº: 1226X

Retorno: 1226X

CATETERISMO VESICAL

SVF nº: 1226X

SVA nº: 1226X

Diurese: 1226X

Profissional responsável: 1226X

EXAMES SOLICITADOS:

() Hemograma () Gasometria
() Coagulograma () Outros
() Tipagem Sanguínea () Glicosimetria:
() Radioscopia (Raio X)

POSIÇÃO

☒ Dorsal
☒ Ventral
☒ Lateral
☒ Litotômica
☒ Trendlemburg
☒ Canivete
☒ Proclive

COXIM

☒ Cabeça
☒ Pescoco
☒ Tórax
☒ Lombar

MMSS

☒ Anatômicos
☒ Abduzidos
☒ Fletidos
☒ MMII
☒ Anatômicos
☒ Abduzidos
☒ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

☒ Sim () Não () Metal () Descartável

Local: ULNA

DEGERMAÇÃO

☒ Sim () Não

Local: ULNA

Solução: Alcool

TRICOTOMIA

() Sim () Não

Local: ULNA

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: 1226X

Tela: 1226X

Cateter: 1226X

Ostomia: 1226X

Fio de KC: 1226X

Placa - Tipo: 1226X

Outros: 1226X

Parafuso - tipo: Servidor

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 1226X

Quant. Material: 1226X

Val.: 1226X Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



Hospital

Nome do paciente

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO

23/06/17

Nº prontuário

Data operação

Operador

DR. MICHEL

Leito

2º auxiliar

3º auxiliar

DR. URAI

1º auxiliar

Anestesista

Tipo de anestesia

Instrumentador

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

INFECÇÃO DO JOELHO DIR

Diagnóstico pós-operatório

LIMPEZA CIRÚRGICA + RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

Leonardo de S. Barros
Médico Anestesiologista
CRM/RN 4284

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. CAMPOS ESTÉREIS
4. DESBRIDAMENTO + LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE
- ➔ 6. COLHIDO MATERIAL PARA CULTURA E ANTIBIOGRAMA
7. SUTURA
8. CURATIVO
9. BOA PERFUSAO DISTAL

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

0415040035

3

L89

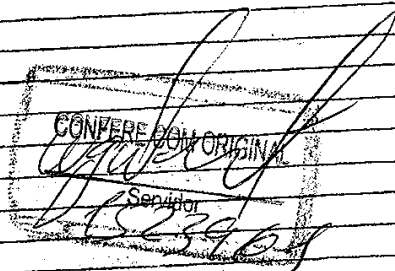


Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente JOSE DE ACHETA OTAVIANO			
Data operação	Enf.	Leito	
10/08/17	MARCELO MOURA	220	MARCELO
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
MARCELO MOURA	CARLOS ADLE		
2º auxiliar	3º auxiliar	Tipo de anestesia	
CARLOS ADLE			
Diagnóstico pré-operatório OSTEOMIELITE EM JOELHO ESQUERDO			
Tipo de operação 110 CIRURGIA COM PATELECTOMIA E CURATIVOS			
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 - viceras

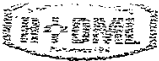
Paciente sob anestesia, dissecção cuidadosa, incisão anterior, dissecção curativa e drenagem dos tecidos molles. Feito patelectomia, ressecção fistula anterior, drenagem com fio de seda, sutura com fio de nylon curativo com algodão e crepom.



Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologia
Registro em Traumatologia
CRM 2106 - TEOT 5981
CPE: 188.304.804.44

8408060557

7 M002

HOSPITAL
SERVICIO

HOSPITAL SERVICIO

Fone: 455 11 4071-2515 - CNPJ: 06.071.172/0001-04 - Resp. Técnico: Miguel Tadeu Gorga - CRF - 7868

Cintiquel - Soluções de Condicionamento Internacional Ltd.

Travessa da Anunciada, N° 10 - 2° Esq. Fre. - ZIP 2300-230 - Setúbal - Portugal - Tel/Fax: +351 252328237 - e-mail: cintiquel@sapo.pt

EVOLUÇÃO

NOME TÉCNICO / TECHNICAL NAME / NOMBRE TÉCNICO DRENO / DRAIN / DRENAJE

NOME COMERCIAL / TRADE NAME / NOMBRE COMERCIAL DRENO POS - OPER. DRENOL 3,2MM / POS OP DRAIN 3.2 MM

DRENO POS OPERAT 3,2 MM

COMPOSIÇÃO / COMPOSITION / COMPOSICIÓN POLIÉTILENO / 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

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 a embalagem estiver danificada. / Do not use if package is damaged. / No usar el producto se el empaque estuviera dañado.

Do not reuse
No reutilizar
Date of manufacture
Fecha de fabricación
2013/06

Valid until
Válido hasta
5 YEARS
5 AÑOS

STERILE / STERILE / ESTÉRIL
FALLOS
CAMAS

PRODUCT OF USE ONLY
PRODUCTO DE USO ÚNICO

PROHIBED REPROCESSING
PROHIBIDO REPROCESAR

() Hemoconcentrado _____ Unid.

() Pls

() Albumina _____ Unid.

() Ex:

h: _____

h: _____

h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml

Quantidade total de volume

() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Lactato: _____ ml

administrado: 1000 ml

ANATOMO 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: curativos sem intercorrênciasAss: JulianaCoren: 21770

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: sem bolsa de coletaDiurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrica Destino após a cirurgia: CRO

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 () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) Ambiente

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

Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: HV Local: MS Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical

Drenos: () Sucção () 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) PA

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

Relate: _____

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	37	58	100/44	20	93	0
30'	37	57	100/44	19	100	0
60'	37	67	100/44	20	100	0
Alta	37	65	100/48	23	98	0

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: 500 ml

Irrigação vesical contínua: _____

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 paciente encaminhado P/ seu leito re sup - Andressa

Ass: _____

Coren: _____

AMES 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 glicose 200
- acetato

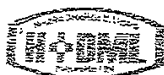


Manoel Correia Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM/RN 849

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

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



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUÊS 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:

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: Peça para sepultamento: () Não () 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: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro:
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () 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: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: HU Local: MS Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () 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

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:
Ringer: 500
Irrigação vesical contínua:
CONFERE COM ORIGINAL
mi Servidor
452396-7

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

16:10 pct encaminhado p/ seu leito consciente orientado
q omb na HUP Análise

Ass: Coren:



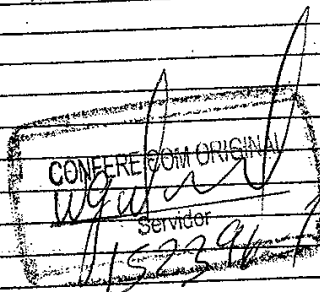
Hospital		Nº prontuário 141876	
Nome do paciente JOSE DE LACERDA			
Data operação 12/06/12	Enf.	1º auxiliar	Leito
Operador	2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Tipo de anestesia Anestesia + Aídeo		
Diagnóstico pré-operatório Fratura de fêmur direito			
Tipo de operação Osteotomia			
Diagnóstico 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) Incisão em Z-plastia sobre a fratura
- 2) Exatidão da incisão
- 3) Exposição da fratura
- 4) Redução da fratura com auxílio de pinos e fios de sutura
- 5) Drenagem da ferida com drenagem de vidro - drenagem
- 6) Lavagem da ferida com solução
- 7) Curativo

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



8415040035

3 LRS



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO: () Plaquetas Unid. _____
Hemoconcentrado Unid. _____
Albúmina Unid. _____
() Plásmo Unid. _____
() Expansor plasmático Unid. _____
MEDICAÇÕES UTILIZADAS
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
HIDRATAÇÃO VENOSA
Soro Fisiológico: 200 ml
Soro Glicosado: _____ ml
() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml
Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO
Peça para sepultamento: () Não () Sim
Líquido: _____
() Não () Sim Peça: _____
Swab para cultura: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____
INTERCORRÊNCIAS: RENAL IMPERDA DO COLÉLIO ALA
+ RETORNO STOMIA

Ass: [Assinatura] Coren: 27724

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Boia de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrica Destino após a cirurgia: CE

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO
Hora: 21:05 Data: 23/06/17 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: 300 Local: 1-50 Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () 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	Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	36	97	110/70		99		
30'	36	99			99		
60'	36,7	90			99		
Alta	37,2	93	12/8		95		

Líquidos administrados na URPA:
Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: 600 ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

CONFERE COM ORIG
[Assinatura]
Servidor
152596

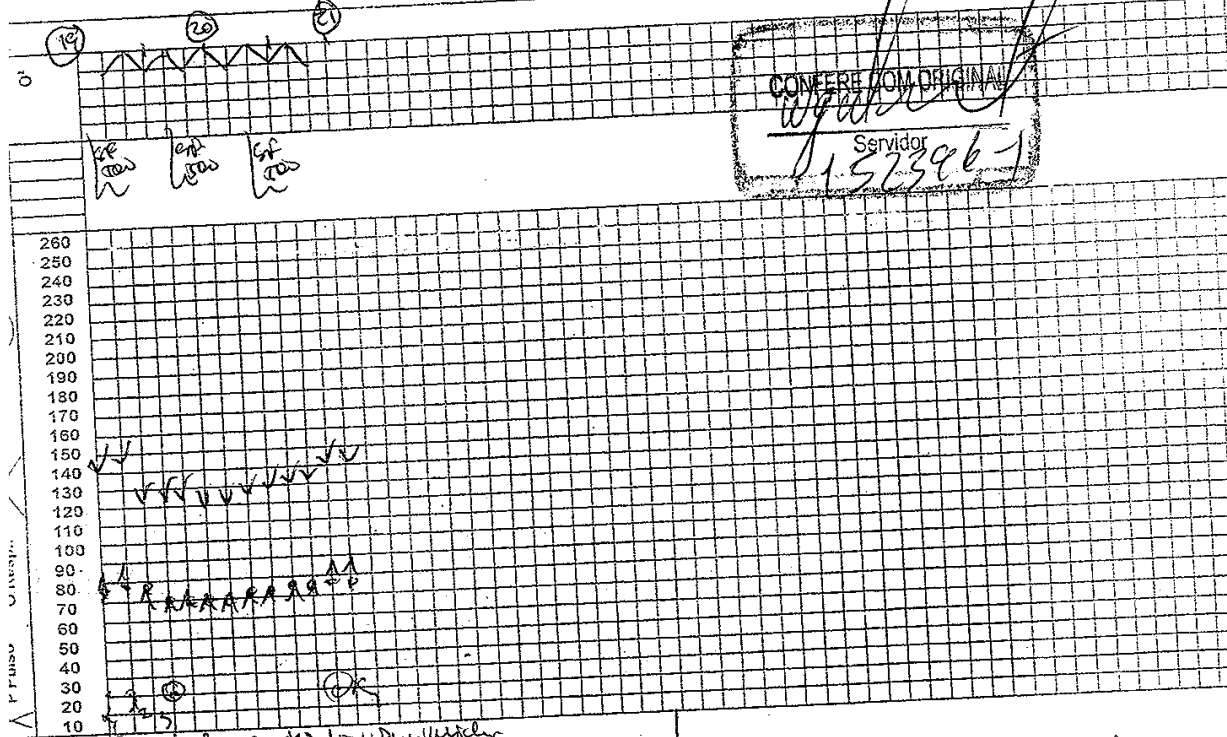
Medicações administradas URPA:	Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: INTERCORRÊNCIAS
RENAL IMPERDA DO COLÉLIO ALA
+ RETORNO STOMIA
Ass: [Assinatura] Coren: _____

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Serviço de Anestesiologia e Gasoterapia				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome do paciente: <i>João de Deus Oliveira</i>				Idade: <i>49</i>		Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Branco</i>
Pressão arterial: <i>14x90 mm</i>		Pulso: <i>70 bpm</i>	Respiração: <i>20 rpm</i>	Temperatura		Peso	Outros
Hermatias		Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia		Uréia	
Urina: <i>Ureca - com melo</i>				Asma: <i>Não</i>		Bronquite: <i>Não</i>	
Prontuário: <i>1 VUA, 5148</i>				Eletrcardiograma: <i>Não</i>			
História: <i>CM, 35 (B), BNF</i>				Pescoço: <i>sem</i>		Ap. urinária: <i>sem</i>	
Estado: <i>est. mental, cooperativo</i>				Dentes: <i>dentados</i>	Pescoço: <i>sem</i>	Alergia: <i>Não</i>	Hipotensores: <i>Não</i>
				Atarácicos: <i>Não</i>	Corticóides: <i>Não</i>	Estado físico: <i>442</i>	Risco: <i>—</i>
Estado pré-operatório: <i>inf. Hta. hipertrofia MLD</i>							
Sinais anteriores: <i>sem</i>				Aplicada às		Efeito	
Estado pré-anestésico							



10

IMBOLOS

1. 15A

2. 15A

3. 15A

4. 15A

5. 15A

6. 15A

7. 15A

8. 15A

9. 15A

10. 15A

11. 15A

12. 15A

13. 15A

14. 15A

15. 15A

16. 15A

17. 15A

18. 15A

19. 15A

20. 15A

21. 15A

22. 15A

23. 15A

24. 15A

25. 15A

26. 15A

27. 15A

28. 15A

29. 15A

30. 15A

31. 15A

32. 15A

33. 15A

34. 15A

35. 15A

36. 15A

37. 15A

38. 15A

39. 15A

40. 15A

41. 15A

42. 15A

43. 15A

44. 15A

45. 15A

46. 15A

47. 15A

48. 15A

49. 15A

50. 15A

51. 15A

52. 15A

53. 15A

54. 15A

55. 15A

56. 15A

57. 15A

58. 15A

59. 15A

60. 15A

61. 15A

62. 15A

63. 15A

64. 15A

65. 15A

66. 15A

67. 15A

68. 15A

69. 15A

70. 15A

71. 15A

72. 15A

73. 15A

74. 15A

75. 15A

76. 15A

77. 15A

78. 15A

79. 15A

80. 15A

81. 15A

82. 15A

83. 15A

84. 15A

85. 15A

86. 15A

87. 15A

88. 15A

89. 15A

90. 15A

91. 15A

92. 15A

93. 15A

94. 15A

95. 15A

96. 15A

97. 15A

98. 15A

99. 15A

100. 15A

101. 15A

102. 15A

103. 15A

104. 15A

105. 15A

106. 15A

107. 15A

108. 15A

109. 15A

110. 15A

111. 15A

112. 15A

113. 15A

114. 15A

115. 15A

116. 15A

117. 15A

118. 15A

119. 15A

120. 15A

121. 15A

122. 15A

123. 15A

124. 15A

125. 15A

126. 15A

127. 15A

128. 15A

129. 15A

130. 15A

131. 15A

132. 15A

133. 15A

134. 15A

135. 15A

136. 15A

137. 15A

138. 15A

139. 15A

140. 15A

141. 15A

142. 15A

143. 15A

144. 15A

145. 15A

146. 15A

147. 15A

148. 15A

149. 15A

150. 15A

151. 15A

152. 15A

153. 15A

154. 15A

155. 15A

156. 15A

157. 15A

158. 15A

159. 15A

160. 15A

161. 15A

162. 15A

163. 15A

164. 15A

165. 15A

166. 15A

167. 15A

168. 15A

169. 15A

170. 15A

171. 15A

172. 15A

173. 15A

174. 15A

175. 15A

176. 15A

177. 15A

178. 15A

179. 15A

180. 15A

181. 15A

182. 15A

183. 15A

184. 15A

185. 15A

186. 15A

187. 15A

188. 15A

189. 15A

190. 15A

191. 15A

192. 15A

193. 15A

194. 15A

195. 15A

196. 15A

197. 15A

198. 15A

199. 15A

200. 15A

201. 15A

202. 15A

203. 15A

204. 15A

205. 15A

206. 15A

207. 15A

208. 15A

209. 15A

210. 15A

211. 15A

212. 15A

213. 15A

214. 15A

215. 15A

216. 15A

217. 15A

218. 15A

219. 15A

220. 15A

221. 15A

222. 15A

223. 15A

224. 15A

225. 15A

226. 15A

227. 15A

228. 15A

229. 15A

230. 15A

231. 15A

232. 15A

233. 15A

234. 15A

235. 15A

236. 15A

237. 15A

238. 15A

239. 15A

240. 15A

241. 15A

242. 15A

243. 15A

244. 15A

245. 15A

246. 15A

247. 15A

248. 15A

249. 15A

250. 15A

251. 15A

252. 15A

253. 15A

254. 15A

255. 15A

256. 15A

257. 15A

258. 15A

259. 15A

260. 15A

261. 15A

262. 15A

263. 15A

264. 15A

265. 15A

266. 15A

267. 15A

268. 15A

269. 15A

270. 15A

271. 15A

272. 15A

273. 15A

274. 15A

275. 15A

276. 15A

277. 15A

278. 15A

279. 15A

280. 15A

281. 15A

282. 15A

283. 15A

284. 15A

285. 15A

286. 15A

287. 15A

288. 15A

289. 15A

290. 15A

291. 15A

292. 15A

293. 15A

294. 15A

295. 15A

296. 15A

297. 15A

298. 15A

299. 15A

300. 15A

301. 15A

302. 15A

303. 15A

304. 15A

305. 15A

306. 15A

307. 15A

308. 15A

309. 15A

310. 15A

311. 15A

312. 15A

313. 15A

314. 15A

315. 15A

316. 15A

317. 15A

318. 15A

319. 15A

320. 15A

321. 15A

322. 15A

3

NOTAÇÕES	B	Leandro de S.
POSICÃO		Médico de S.

POSICAO Villanova

gentes Villanueva
Anestesiólogo J. Barros
técnica BSA: Sección Inyección 256 1^a + Med. LCNT Zupihyper 20, 1 hora 100% +
C/Barros

Operação Des. Mol. MEB

Drugiões *As Michel e Urao*

Anestesiistas Dr. Rodolfo y Dr. [illegible]

Observações

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias

Perda sangüínea Rodrigo O. G. da Cruz
Anestesiologia
CRM/RN 8690



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João de Archieta Otaviano Idade: 49 D/N: 09/08/1968
Pront.: 146846 Município: João Câmara Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 03/08/2017 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: () Não ☒ Sim Dipirona Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____
Uso de medicações: ☒ Não () Sim _____ Jejum: () Não () Sim _____
SSV: Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Isabelle Instrumentado(a): Vanessa Circulante: Isabelle + Vanessa

Cirurgia: Hemiorrafia de parietotomia e sutura Especialidade: Otorrinolaringologia Sala: 01
Hora Início: 15:40 Hora Término: 16:25 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada ☒ Infectada
1º Cirurgião: Dr. Manoel Aux.: Dr. Manoel Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio ☒ Raquidiana Ag.º 27 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.º _____ Cateter nº: _____ Início: 15:35 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: Dr. Manoel

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	69	74	71	Bpm
Pulso	90	73	70	Bpm
Oximetria	96	97	97	%
Capnografia				%
PA	112/72	110/72	111/72	mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/>	SNG nº: _____
Retorno: _____	
CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/>	SVF nº: _____
<input type="checkbox"/>	SVA nº: _____
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
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendelenburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável	
Local: <u>João</u>	
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
Local: <u>MD</u>	

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos: <u>Normal</u> = 01	
Tela: _____	
Cateter: _____	
Ostomia: _____	
Fio de KC: _____	
Placa – Tipo: _____	
Outros: _____	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>Padua</u>	Quant. Material: <u>01</u>
Val.: <u>19108</u>	Contagem de gaze e compressa: <u>01</u>

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital: <u>HOML</u>		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome: <u>JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO</u>				Idade	Sexo: <u>M</u>	Cor
Data: <u>13/07/17</u>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório: <u>NAN</u>				Asma: <u>NEGA</u>		Bronquite
Ap. circulatório: <u>NAN</u>				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo: <u>NAN</u>			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental: <u>griz TADO</u>			Atarácicos	Corticoides	Alergia: <u>NEGA</u>	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito	

Agentes Anestésicos	O										
Líquidos											
Oper.	Anest.	O Resp.	P Pulso	260							
				250							
240											
230											
220											
210											
200											
190											
180											
170											
160											
150											
140											
130											
120											
110											
100											
90											
80											
70											
60											
50											
40											
30											
20											
10											

SÍMBOLOS	
ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	<u>DLH</u> <u>Midazolam - 5mg</u> <u>Fentanil - 0,5mg</u>
Agentes	<u>ROPIVACAINE 0,2mg</u> <u>MORFINA - 0,2mg</u> <u>CETRINA - 10</u>
Técnica	<u>RAQUIDIANESTESIA + SEDACÃO</u>
Operação	<u>LIMPEZA CIRURGICA</u>
Cirurgiões	<u>DR. ALVARO</u> <u>DR. CARLOS</u> <u>DR. OTAVIANO</u>
Anestesistas	<u>DR. ALVARO</u>
Observações	<u>Perda sanguínea</u>
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	