

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: 30/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00295-0

CONTA: 00000003916-0

Nr. Autenticação

BRADESCO30052019050000000002370029500000003916472500 PAGO

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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190306128 **Vítima: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 29/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000295-0

Conta: 000003916-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190306128

Nome do(a) Examinado(a): LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): BARRA NOVA, 0 - Caucaia/CE - CEP 61622-020

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 06549856903 - DETRAN-CE. - 13/02/2017

Data e Local do Acidente : 29/11/2018 - CAUCAIA, CE.

Data e Local do Exame : 22/05/2019 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA/LUXAÇÃO DE GALEAZZI DO MSD.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA, TRANSFERIDA PARA A UNIME, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK, PLACA E PARAFUSOS. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, COM COMPLICAÇÃO - DEFORMIDADE ÓSSEA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ASSIMETRIA ESCPULAR, ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, DEFORMIDADE ÓSSEA DO PUNHO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICA E IRREGULAR NO ANTEBRAÇO DIREITO E BLOQUEIO MODERADO DA PRONO-SUPINAÇÃO E SEVERO DA FLEXO-EXTENSÃO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSD, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MSD.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE



Paciente: 72022707 - LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Mãe:: CLEMENTINA INACIO NUNES
Data Nasc.: 03/01/1996 Sexo: Masculino
Carteira: 9790020054321994
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 22 Anos 10 Meses 26 Dias
Atendimento: 6163953
Atendimento: 29/11/2018
ssão:
data:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

29/11/2018 23:12

QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

HDA

PACIENTE COM RELATO DE COLISÃO MOTO-VACA HÁ CERCA DE 50 MINUTOS; QUEIXA-SE DE DOR EM PUNHO DIREITO + CORTE EM REGIAO FRONTAL; NEGA DISPNEIA, DOR TORÁCTICA, SINCOPE, VOMITOS E OUTRAS QUEIXAS.

- A: VIAS AÉREAS PÉRVEAS, VERBALIZANDO, SEM DOR CERVICAL.
 - B: MVU+ SIMÉTRICOS SEM RA. SAO2: 98%, SEM O2.
 - C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, PA: 120/80 MMHG, FC 78 BPM, ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR. SEM INSTABILIDADE PELVICA.
 - D: ECG: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM SINASI FOCAIS;
 - E: LESAO CORTO-CONTUSA EM FACE: FRATURA (EXPOSTA?)

CDTA: 1- SOLICITO RX DE TORAX/ CERVICAL/ BACIA;
2- SOLICITO RX DE MAO E ANTEBRAÇO DIREITO;
3- SOLICITO PARECER DO TRAUMA
4- FACO HV + CETOPROFENO + DIPIRONA
5- SUTURO FACE

DESCRICA DO EXAME FISTICO

VTD/E ACTIMA

~~Hospital Regional de
Unidad de
Portales~~ ORIGINAL

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID: 6520 ENTREGA AUTOMATICA

COMORBIDADES

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> HIPOTIREOIDISMO | <input type="checkbox"/> PNEUMOPATIA | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> HIPERTIREOIDISMO |
| <input type="checkbox"/> IRC | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> TABAGISMO | <input type="checkbox"/> CANCER | <input type="checkbox"/> OBESIDADE | <input type="checkbox"/> DOENCA CONTAGIOSA | |
| <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> FUMO | <input type="checkbox"/> OUTROS | | | | |

CONDUTTA

- ENCAMINHAMENTO MEDICAÇÃO CLIMACEM CLABORATÓRIO ALTA CLINTERNAÇÃO

DENGUE

- Sinal de Alarme Sinal de Choque Sangramento Espontâneo ou Comorbidades Prova do laço positiva

RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA | ETTE

CRM: 12655

Este registro foi analisado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil MP-2335/2009, Resolução-CFIA 140/2007, Resolução-CFIA 51/2005, tendo sido gerado em 06/10/2018, certificado no processo de Conformidade com Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (SPRES) da Secretaria de Inovação e Informação em Saúde (SII) sob nº 024.



ANSWER THREE

06 MAIO 2013

Atestado médico

Atesto que o sr Luizos Nunes
de Oliveira foi vítima de acidente
motociclistico sofrendo fratura-mora-
ção antebraço direito tipo Galazzi
Hoje está com 70% de capacidade
funcional por perda de flexão-palma
cerv de 45°, definitivamente

17.04.19

Dra. Christine Muniz
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 8082 - TEOT 10194

Rua Dr. José Lourenço, 1930 - Aldeota - CEP 60115-281
Fone-Fax: (85) 3244-6215 / 3244-5821
E-mail: christine_muniz@hotmail.com - Fortaleza - CE

LIGIA CORREIA

06 MAIO 2013

Paciente: 720222707 - LUCAS NUNES DE OLIVEIRA Idade: 22 Anos 10 Meses 26 Dias
 Mãe: CLEMENTINA INACIO NUNES Atendimento: 6163953
 Data Nasc.: 03/01/1996 Sexo: Masculino Data Atendimento: 29/11/2018
 Carteira: 9790020054321994 Profissão:
 Estado Civil: SOLTEIRO Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

29/11/2018 23:12

QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

HDA

PACIENTE COM RELATO DE COLISÃO MOTO-VACA HÁ CERCA DE 50 MINUTOS; QUEIXA-SE DE DOR EM PUNHO DIREITO + CORTE EM REGIÃO FRONTAL; NEGA DISPNEIA, DOR TORACICA, SINCOPE, VOMITOS E OU OUTRAS QUEIXAS;

- A: VIAS AÉREAS PÉRVEAS, VERBALIZANDO, SEM DOR CERVICAL
- B: MVU+ SIMÉTRICOS SEM RA, SAO2: 98%, SEM O2.
- C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, PA: 120:80 MMHG, FC 78 BPM, ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR. SEM INSTABILIDADE PELVICA
- D: ECG: 15. PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SEM SINASI FOCAIS;
- E: LESÃO CORTO-CONTUSA EM FACE; FRATURA (EXPOSTA?)

- # CDTA: 1- SOLICITO RX DE TORAX/ CERVICAL/ BACIA;
 2- SOLICITO RX DE MAO E ANTEBRAÇO DIREITO;
 3- SOLICITO PARECER DO TRAUMA
 4- FACO HV + CETOPROFENO + DIPIRONA
 5- SUTURO FACE

DESCRÍÇÃO DO EXAME FÍSICO

VIDE ACIMA

Unimed Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Unimed Fortaleza
Raimundo Rodrig
Lima
Nogueira
Assinatura

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

POLITRAUMA

CID: S529 - FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NAO ESPECIFICADA

COMORBIDADES

- ASMA AVC HIPOTIREOIDISMO PNEUMOPATIA DPOC HAS HIPERTIREOIDISMO
 IRC DIABETES TABAGISMO CANCER OBESIDADE DOENCA CONTAGIOSA
 CARDIOPATIA ETILISMO OUTROS

CONDUTA

- ENCAMINHAMENTO MEDICAÇÃO IMAGEM LABORATORIO ALTA INTERNAÇÃO

DENGUE

- Sinal de Alarme Sinal de Choque Sangramento Espontâneo ou Comorbidades Prova do laço positiva

RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE

CRM: 12655

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200.230/01, Resolução CFM 162/2007, Resolução CFM 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) com N° 631.

RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE/12655/0002, AC VALID: 01/02/2023/00, 14/12/2019 10:45:00-03:00 14/12/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00)



LIMA CORRET

06 MAIO 2013

Ficha de Atendimento - INTERNACAO

NOME SOCIAL:

Dados do Paciente

FEDERACAO ENFA

Usuário do Cadastro:

U02665

Paciente: 72022707

Idade: 22 Anos / 10 Meses / 27 Dia

Nome do Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nascimento: 03/01/1996

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Religião: CATOLICA

Profissão: OUTROS

Naturalidade: FORTALEZA

Número: 613

Endereço: RUA ELIZER DE FREITAS GUIMARAES

Cidade: VILA RICA DO IVAI / ICARAIMA

Bairro: CENTRO

CEP: 87534970

Telefones: (85)981862818 / PAC / (85)986038045 / PAI PAC. PEDRO

CPF: 06661538333

Identidade: 2006010070613

Nome da Mãe: CLEMENTINA INACIO NUNES

Nome do Pai: PEDRO FRIRE DE OLIVEIRA

Dados do Responsável

Nome: AMANDA ALVES DA CRUZ

Parentesco: NAMORADO (A)

Fone: 981862818

Endereço: EXPEDITO

Número: 250

Complemento:

CEP: 61617028

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento:

U021046

Número: 6164959



Data: 30/11/2018 Hora: 14:24:35

6164959

Origem: RECEPCAO DE EMERGENCIA ADULTO

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA URG

Unidade de Internação: UNIDADE TERREO

Leito: TER14

Médico do Atendimento: 746 CHRISTINE M MUNIZ SILVA

Conselho: CRM - 8082 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 2 FEDERACAO DO ESTADO DO CEARA Plano: FEDERACAO ENFA

Carteira: 9790020054321994 Guia: 111291629 Dias Autorizados: Horas Autorizadas:

Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CID: S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO

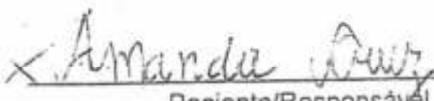
Procedimento principal: 30720087 FRATURA DE ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CONSERVADOR

Local de Procedência:

Observação: Guia em anexo//Enfermaria// Regulamentado

At: 6164959
 Pac: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
 Dt. Nasc: 03/01/1996 Dt. Int: 30/11/2018
 Convênio: FEDERACAO DO ENFA Plano: FEDERACAO ENFA
 Unidade: UNIDADE TERREO Leito: TER14

LURIA CORREIA
 06 MAIO 2013


 Amanda Cruz
 Paciente/Responsável

CHRISTINE M MUNIZ SILVA
 CRM 8082



Prescrição: 4328792 Data: 30/11/2018 - 01:31 DIAS INTERNADO: 1 Dias - Usuário: M010136

2^ª VIA

Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nascimento: 01/01/1996 (22a 10m 28d)

Médico: VICTOR MAGALHÃES CALLADO - CRM 10136

HABILITACAO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Obs. Int.: Leito.: Cobertura:

Obs.: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Procedimento:

Classificação de Risco: M URG

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4	1	ML		EV	6hs/6hs.	30/11 01:31 07/31 13:31 19:31

TP MADOL, CLORIDRATO 50MG/1ML AMP +
250ML SF0,9%

I-> SF 0.9% BOLSA 250ML

250 ML

Victor Magalhães Callado
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia do Socorro
CRM 10136 RQE 6841

VICTOR MAGALHÃES CALLADO
CRM 10136

LÍBIA CORREIA

06 MAIO 2013

*SERVIÇO DE FARMÁCIA - KIT 17A
ANEXAR GASTO AO PRONTUÁRIO*

PREPARADO POR:

DATA: 28, 11, 15 HORA

PACIENTE: Monica Jimenez de Alvarado ATEND.: 6105955

DATA DISPENSAÇÃO: 30/11/18 HORÁRIO: _____ REQUISIÇÃO: _____

DATA DISPENSAÇÃO: 30/11/18 HORÁRIO: _____

ND.: 6163953

DATA DISPENSAÇÃO: 30/11/18 HORÁRIO: _____

REQUISIÇÃO:

CÓD.	MEDICAMENTOS / FIOS CIRURGICOS	Q.E.	Q.U.	CÓD.	MAT. MÉD. HOSPIT.	Q.E.	Q.U.
17785	LIDOCÁINA 2% 5ML. AMP. S/ADR.	2	01	21742	AGULHA DESC. 13 X 4,5	1	01
45639	SODIO 0,9% 100ML FRASCO	2		44686	AGULHA DESC. 25 X 7	1	
				21759	AGULHA DESC. 30 X 8	1	
				29157	AGULHA DESC. 25 X 12	1	01
				21840	ATADURA CREPOM 10 cm	1	01
				21844	ATADURA CREPOM 15 cm	1	02
33712	NYLON 2-0 C/AG. 3,0CM CORT. 1215 T	1		22789	DRENO DE PENROSE Nº 1	1	
30292	NYLON 3-0 C/AG. 3,0CM CORT. 1171 T	1		22555	GAZE ESTÉRIL 7,5X7,5 CM	5	01
28773	NYLON 4-0 C/AG. 2,4CM CORT. 1129 T	1	01	22015	LÂMINA BISTURI Nº 11	1	
29284	NYLON 5-0 C/AG. 1,5CM CORT. P1161T	1		22029	LÂMINA BISTURI Nº 15	1	
33715	NYLON 6-0 C/AG. 1,5CM CORT. 1660 T	1		22037	LÂMINA BISTURI Nº 22	1	
				22371	LUVA EST. 7,0	1	
			01	33614	LUVA EST. 7,5	1	
				33617	LUVA EST. 8,0	1	01
			01	22292	SERINGA DESC. 05ML.	1	01
				22280	SERINGA DESC. 10ML.	1	01
					MOUNDA 20 ML		

Dispensado por: Aux. Farmácia

Recebido por: Aux. Enfermagem

Märkte neu.

*SERVIÇO DE FARMÁCIA - Kit PQA
ANEXAR GASTO AO PRONTUÁRIO*

PREPARADO POR:

DATA: ____ / ____ / ____ HORA ____ :

PACIENTE: Lucas Nunes de Oliveira

ATEND.: 6163953

DATA DISPENSACÃO: 29/11/18 HORÁRIO:

REQUISIÇÃO:

CÓD	MEDICAMENTOS / FIOS CIRURGICOS	Q.E	Q.U	CÓD	MAT. MÉD. HOSPIT.	Q.E
17785	LIDOCAYNA 2% 5ML AMP. S/ADR.	2	01	21742	AGULHA DESC. 13 X 4,5	1
45639	SODIO 0,9% 100ML FRASCO	2	01	44686	AGULHA DESC. 25 X 7	1
				21759	AGULHA DESC. 30 X 8	1
				29157	AGULHA DESC. 25 X 12	1
				21840	ATADURA CREPOM 10 cm	1
				21844	ATADURA CREPOM 15 cm	1
33712	NYLON 2-0 C/AG. 3,0CM CORT. 1215 T	1		22789	DRENO DE PENROSE Nº 1	1
30292	NYLON 3-0 C/AG. 3,0CM CORT. 1171 T	1		22555	GAZE ESTÉRIL 7,5X7,5 CM	5
28773	NYLON 4-0 C/AG. 2,4CM CORT. 1L29 T	1		22015	LÂMINA BISTURI Nº 11	1
29284	NYLON 5-0 C/AG. 1,5CM CORT. P1161T	1	01	22029	LÂMINA BISTURI Nº 15	1
33715	NYLON 6-0 C/AG. 1,5CM CORT. 1660 T	1		22037	LÂMINA BISTURI Nº 22	1
				22371	LUVA EST. 7,0	1
				33614	LUVA EST. 7,5	1
				33617	LUVA EST. 8,0	1
				22292	SERINGA DESC. 05ML.	1
				22280	SERINGA DESC. 10ML.	1

Dispensado por: Aux. Farmácia

Recebido por: Aux. Enfermagem _____

Prescrição.:4328561 Data:29/11/2018 - 23:21 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M012655

2^a VIA

Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 27d)

Médico....: RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE - CRM 12655

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cld.....: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.: /

Classificação de Risco:M URG



Classificação de Risco:MUITO URGENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA ZERO				DZ	ACM	[29/11] 23:22
HIDRATACAO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RINGER C/LACTATO BOLSA 500ML	2 BOLSA			EV	ACM	[29/11] 23:22 (23/10)
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 ALIZAPRIDA 50MG/2ML AMP + SF 0,9% I-> SF 0,9% AMP 10ML	1 AMPOLA			EV	ACM.	(23/10)
MEDICAMENTOS ESPECIAIS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 TRAMADOL GLORIDRATO 50MG/5ML AMP + 250ML SF 0,9% I-> SF 0,9% BOLSA 250ML	1 AMPOLA			EV	ACM	[29/11] 23:22 (23/10)
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 SUTURA : Exame: 2604940	1					(23/10)
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 PUNICIONAR ACESSO PERIFERICO COM ABOCATH Obs: ABOCATH-14-00-16					Agora	[29/11] 23:22 (23/10)
7 MEDIR DIURESE REGISTRANDO CARACTERISTICAS DA URINA					2hs/2hs	[29/11] 23:21 [30/11] 01:21 03:21 05:21 07:21 09:21 11:21 13:21 15:21 17:21 19:21 21:21
8 MONITORIZAÇÃO E OXIMETRIA					ACM	[29/11] 23:22
9 CURATIVO SIMPLES					ACE.	
10 OBSERVAR SINAIS DE SANGRAMENTO					MAT/INF	[29/11] 23:21 [30/11] 07:21 15:21

Dr. Rodrigo Nog. Cir.
Cirurgia Digestiva e Bariátrica
CRM 12655



06 MAIO 2019

2ª VIA

Prescrição: 4328576 Data: 29/11/2018 - 23:33 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M012655
Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 27d)
Médico.....: RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE - CRM 12655
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito... Cobertura:
Cid..... Ciclo... /
Diagnóstico:
Protocolo...
Classificação de Risco: M URG

**Classificação de Risco: MUITO URGENTE****PRESCRIÇÃO MEDICA**

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
25 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML+ AD -> AGUA DESTILADA AMP 20ML	1	AMPOLA		EV	6hs/6hs.	[29/11] 23:33 [30/11] 05:33 11:33 17:33 (23/30)
26 CETOPROFENO 100MG FA + SF 0,9% -> SF 0,9% BOLSA 100ML	1	FA 100 ML		EV	12hs/12hs.	[29/11] 23:33 [30/11] 11:33 (23/30)

RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA
LEITE
CRM 12655

Emissor: PEP

06 MAIO 2013

Este registro foi assinado digitalmente da acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CPM 142/2007, Resolução CFD 81/2009, tendo sido gerado em um sistema
certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024
RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE 01022913M2 AC VALID RFB 01022913M2 29/11/2018 23:33 GMT 03/01/29/11/2018

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT 02:00)



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000

Prescrição.:4328561 Data:29/11/2018 - 23:21 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M012655

2ª VIA

Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 27d)

Médico.....: RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE - CRM 12655

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.....: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.: /

Classificação de Risco:M URG



Classificação de Risco:MUITO URGENTE

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
11 SINAIS VITAIS					1h/1h,	[29/11] 23:21 [30/11] 00:21 01:21 02:21 03:21 04:21 05:21 06:21 07:21 08:21 09:21 10:21 11:21 12:21 13:21 14:21 15:21 16:21 17:21 18:21 19:21 20:21 21:21 22:21

12 MONITORIZAÇÃO E OXIMETRIA	AGM	[29/11] 23:22
------------------------------	-----	---------------

EXAMES DE IMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
13 RX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O. - OBLIOQUAS ; Exame: 2804938	1					
Justificativa: TRAUMA						
14 RX TORAX AP ; Exame: 2804938	1					
Justificativa: TRAUMA						
15 RX BACIA ; Exame: 2804938	1					
Justificativa: TRAUMA						
16 RX(MAO OU QUIRODACTILOS) ; Exame: 2804938	1					
Justificativa: TRAUMA						
Obs.: DIREITO						
17 RX ANTEBRACO : Exame: 2804938	1					
Justificativa: TRAUMA						
Obs.: DIREITO						
18 TOMOGRAFIA DE GOLUNA CERVICAL ATE 3 SEGMENTOS ; Exame: 2804938	1					
Justificativa: TRAUMA						

EXAMES LABORATORIAIS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
19 HEMATOCRITO ; Pedido: 985062	1					
20 HEMOGLOBINA ; Pedido: 985062	1					
21 HEMOGLOBINA : Pedido: 985062	1					
22 HEMOGRAMA COMPLETO EHC ; Pedido: 985062	1					

LINHA CORRETAÇÃO PELA D.A.

06 MAIO 2013

Dr. Rodygo Nogueira
Cirurgia Digestiva e Bariátrica
CRM 12655ICP
Brasil

Prescrição: 4328561 Data: 29/11/2018 - 23:21 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M012655
 Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
 Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 27d)
 Médico: RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE - CRM 12655
 FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
 Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
 Cid.: Ciclo.: /
 Diagnóstico:
 Protocolo:
 Classificação de Risco: M URG

2ª VIA



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
23 UREIA : Pedido: 985062	1					

24 CREATININA : Pedido: 985062

Dr. Rodygo Nogueira
 Cirurgia Digestiva e Endocrinologia
 RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA
 CRM 12655 LEITE
 CRM 12655

UNA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

06 MAIO 2013

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.201-2/2001, Resolução CRM 1621/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema
 autorizado pelo processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBrIS) sob N° 024.

RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE, 01022953362, AC VALÍDIA RFB, 01022953362, 29/11/2018 23:26 GMT-03:00 29/11/2018.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00)



WALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

DIAGNÓSTICO:	<u>Perfurama (Prat. rádio distal direito)</u>	CIRURGIAO: <u>Dr. Victor</u>
TREATAMENTO PROPOSTO:	<u>Desenvolver instrumento Prat. rádio direito</u>	1º AUXILIAR: <input checked="" type="checkbox"/>
TREATAMENTO EFETUADO:	<u>Desenvolver instrumento Prat. rádio direito</u>	2º AUXILIAR: <input checked="" type="checkbox"/>

RESPIRATÓRIO		GASTROINTESTINAL		CARDIOVASCULAR		NEUROLÓGICO		MÚSCULO ESQUELÉTICO		ENDÓCRINO		HEMATOLÓGICO	
<input type="checkbox"/> Asma bronquica	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Valvopatia	<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Doen. da Tireoide	<input type="checkbox"/> Doen. da Tireoide	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DPOC/Displenia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Alt. congênita	<input type="checkbox"/> HIC	<input type="checkbox"/> Doença muscular	<input type="checkbox"/> Gestação	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesão medular	<input type="checkbox"/> Gestação	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosse produtiva	<input type="checkbox"/> RGE	<input type="checkbox"/> ICC/ artropatia	<input type="checkbox"/> Lesão periférica	<input type="checkbox"/> Afecção de coluna	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ECG anormal	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VAS recente	<input type="checkbox"/> Obst. Intestinal	<input type="checkbox"/> Angina/ IM	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Patologia óssea	<input type="checkbox"/> Atraso ment.	<input type="checkbox"/> Transfusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Def. Iatrásica	<input type="checkbox"/> Patologia óssea	<input type="checkbox"/> Atraso ment.	<input type="checkbox"/> Transfusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lesões pleurais	<input type="checkbox"/> Pancreatite	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> ANESTESIA PRÉVIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estômagão cheio	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> IOT Difícil	<input type="checkbox"/> Regional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RX alterado	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Varizes MHI	<input type="checkbox"/> Síndrome/ convulsão	<input type="checkbox"/> Parestesias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Extensão Atílica/occipital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Girrose	<input type="checkbox"/> Apertidão física ruim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECCIOSO		HABITOS		ALERGIAS		MEDICAÇÕES EM USO		EXAMES EM VIAS AÉREAS		EXAMES EM VIAS AÉREAS		EXAMES EM VIAS AÉREAS	
<input type="checkbox"/> Sepse	<input type="checkbox"/> Peritonite	<input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> H.I.V.	<input type="checkbox"/> IRA	<input type="checkbox"/> 2013	<input type="checkbox"/> Fumo	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Mallampati	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Mallampati	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Incis. Proeminentes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IRC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tiroementonianino	<input type="checkbox"/> <6cm	<input type="checkbox"/> Tiroementonianino	<input type="checkbox"/> <6cm	<input type="checkbox"/> IS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infec. Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Extensão Atílica/occipital	<input type="checkbox"/> >6cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abertura de boca	<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 1/2	<input type="checkbox"/> completo	<input type="checkbox"/>



MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS EM SALA (ANESTESIOLOGISTA)

LUD. FORM.045/ASS.CIR
DATA: 16/12/2010
REVISÃO: 00

MEDICAMENTOS										MATERIAIS E EQUIPAMENTOS									
NOME	UNID	OTD	NOME	UNID	OTD	NOME	UNID	OTD	NOME	UNID	OTD	NOME	UNID	OTD	NOME	UNID	OTD	NOME	UNID
ADALAT	1	CAPS	INDERAL	AMP		RAPIFEN	AMP		ABOCATH	UND		SERINGA 10CC	UND		NAME	UND		NAME	UND
ADENOCARD		AMP	INOVAL	AMP		REVAN	AMP		AGULHA DESCARTAVEL	UND		SERINGA 20CC	UND		NAME	UND		NAME	UND
AQUA BIODESTILADA		AMP	INSULINA REGULAR	FC		ROCURONIO	FC		AGULHA INSULINA	UND		SONDA ASPIRAÇÃO	UND		NAME	UND		NAME	UND
AMINOFILINA		FC	IPSILAN	FR		SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	ML		AGULHA PERIDURAL	UND		SONDA NASOGASTRIC#	UND		NAME	UND		NAME	UND
ANCORÓN		AMP	ISUPREL	AMP		SOLUÇÃO FRUTOSE	ML		AGULHA PARA RÁDIO	UND		TUBO ARMADO#	UND		NAME	UND		NAME	UND
ANTAK		AMP	KEFAZOL 1g	FC		SOLUÇÃO GLICOSE 5%	ML		CAL SODADA	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF#	UND		NAME	UND		NAME	UND
APRESOLINA		AMP	LANEVAT	ML		SOLUÇÃO RINGER COM LACTOSE	ML		DISCOFIX - TORNERA 3 VIAS	UND		TUBO ROBERTSHAW#	UND		NAME	UND		NAME	UND
ATROPINIA		AMP	LANOKIN	AMP		SOLUCORTEF	FC		ELETRODO	UND		BOMBA DE INFUSÃO	UND		NAME	UND		NAME	UND
BICARBONATO DE SÓDIO		AMP	LASIX	AMP		SUFENTA	AMP		EXTENSOFIX	UND		CAPNÓGRAFO	UND		NAME	UND		NAME	UND
BREVIBLOC		AMP	LEVOPHED	AMP		TROPENTAL	ML		INTIMA	UND		CARDIOSÓPO (ECG)	UND		NAME	UND		NAME	UND
CAPOTEN		AMP	LIQUEMINE 0,25	AMP		TRACRUM	AMP		INTRAFIX AIR (FOTOSENSÍVEL)	UND		DESEBRILADOR	UND		NAME	UND		NAME	UND
CEDILANIDE		AMP	LIQUEMINE	ML		TRANSAMIN	FC		INTRACATH (CANNIK)	UND		ECG	UND		NAME	UND		NAME	UND
CETAMINA		AMP	MANITOL 20%	TUB		TRANSAMIN	AMP		INTRAFIX COM INJETOR LATERAL	UND		FLOWTRON	UND		NAME	UND		NAME	UND
CITANEST 3% COM OCTAPRESEN		TUB	MARCINA 0,5% COM ADRENALINA	FC		TRIDIL	ML		INTRAFIX MICROGOTAS	UND		GANYMAR (COLCHÃO TÉRMICO)	UND		NAME	UND		NAME	UND
CLEJANE		AMP	MARCINA 0,5% SEM ADRENALINA	FC		VALIUM	ML		MASCARA LARINGEIA	UND		OXIMETRO	UND		NAME	UND		NAME	UND
CLORETO DE POTASSIO		AMP	MARCINA ISOBARICA	AMP		XILOCALINA 1% SEM ADRENALINA	GR		PERIFIX (CATETER PERIDURAL)	UND		WARM-AIR	UND		NAME	UND		NAME	UND
CLORETO DE SÓDIO		AMP	MARCINA PESADA	AMP		XILOCALINA 2% COM ADRENALINA	ML		POLFIX 2 VIAS	UND		MICROSCOPIO CIRÚRGICO	UND		NAME	UND		NAME	UND
DECADRON		AMP	MIVACRON	AMP		XILOCALINA 2% SEM ADRENALINA	ML		SCALP	UND		INTENSIFICADOR DE IMAGEM	UND		NAME	UND		NAME	UND
DILACORON		AMP	NARCAN	AMP		XILOCALINA GELEIA	ML		SERINGA 05CC	UND		RESPIRADOR	UND		NAME	UND		NAME	UND
DIMORF	2	AMP	NAROPIN 10%	FC		XILOCALINA SPLAY	AMP		GASES	UND		HEMODERIVADOS	UND		NAME	UND		NAME	UND
DIPRIVAN	2	AMP	NAROPIN 7,5%	FC		ZOPRAN	FC		AR COMPRIMIDO	UND		NAME	UND		NAME	UND		NAME	UND
DOBUTREK	2	AMP	NIBIUM	FC					HORA			ALBUMINA	UND		NAME	UND		NAME	UND
DOLANTINA	2	AMP	NIPRIDE	AMP					HORA			FLASMASTERIL	UND		NAME	UND		NAME	UND
DORMONID	15mg	AMP	NORADRENALINA	AMP					HORA			OXIGENIO	UND		NAME	UND		NAME	UND
DORMONID 5mg	2	AMP	NORCURON	AMP					ETRANE			CONCENTRADO HEMÁCIAS	UND		NAME	UND		NAME	UND
DROPERIOL	2	AMP	NUBAIN	AMP					HALOTANO			PLAQUETAS	UND		NAME	UND		NAME	UND
EFEDRINA		AMP	OMEPRAZOL	AMP					FORANE			CRIO	UND		NAME	UND		NAME	UND
FENERGAN		AMP	PANTOPRAZOL	AMP					SEVORANE				UND		NAME	UND		NAME	UND
FENTANIL		AMP	PAVULON	AMP					DESFURANE				UND		NAME	UND		NAME	UND
FLAGYL 0,5g		FC	PLAMET	AMP															
FLAXIPARINA		UI	PROCAMIDE	AMP															
GLUCOSE 50%		FC	PROFENIDE	FC															
GLUCAGON		AMP	PROSTIGMINE	AMP															
GLUCONATO DE CALCIO		AMP	PROTAMINA	AMP															
HISOCEL		AMP	QUELICIN	FC															
HYPNOMIDADE		AMP	RANTIDINA	AMP															
OBSERVAÇÕES										ANESTESIOLOGISTA									

EQUILIBRIO ANESTÉSICO
ESTADO CRÍTICO

DÉBITO SALA

CENT

NOME: *Lucas Nunes d*
 IDADE: *22* SEXO: *M* GÊNERO:
 CIRURGIA: *Fratura de Ante*
 CIRURGIÃO: *Thierry* AUXILIAR: *-*
 INSTRUMENTADORA: *Valeria f No*

At: 6164959 I

Pac: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
 Dt. Naso: 03/01/1996 Dt. Int. 30/11/2018
 Convênio: FEDERACAO DO ES/Plano FEDERACAO EHS
 Unidade UNIDADE TERREO Leito: TER14

MEDICAMENTOS	Und.	Quant.	MEDICAMENTOS	Und.	Quant.	MATERIAIS	Und.	Quant.
Adalat	CP		Marcaina Pessada	AP		Aguilha Descartável	UN	<i>04</i>
Adrenalina 1%	AP		Meloxicam 1 gr IV	FR		Aguilha Insulina	UN	
Aarolin 0,5 mg	AP		Narcian	AP		Aguilha Cervical	UN	
Água Destilada 10ml	AP		Nipride	AP		Aguilha Pendural	UN	
Água Destilada 500 ml	FR		Nitradisc mg	UN		Aguilha p/ Renu	UN	
Alb. Humana 20% 50 ml	FR		Nor-Adrenalina	AP				
Alloferina	AP		Norcuron	AP		Algodão Otoop 10 cm	RL	
Aminofilina	AP		Nebacetin Pomada	TB		Algodão Otoop 15 cm	RL	
Ancoron	AP		Pavulon	AP		Algodão Otoop 20 cm	RL	
Aramim	AP		Plasti	AP		Atad. de Crepe 2 cm	RL	
Azul de Metileno	AP		Premarin 20 mg	FR		Atad. de Crepe 10 cm	RL	<i>03</i>
Bic. de Sódio 10% 10 ml	AP		Prinidomina	AP		Atad. de Crepe 15 cm	RL	<i>03</i>
Bucenyl	AP		Quelicin 100 mg	FR		Atad. de Crepe 20 cm	RL	
Cediranide	AP		Quelicin 500 mg	FR		Atad. de Crepe 30 cm	RL	
Clor. de Pot. 19,1% 10 ml	AP		Rapilex	AP		Atad. de Monim 10 cm	RL	
Clor. de Sódio 20% 10 ml	AP		Reliev	FR		Atadura Gessada 2x2	RL	
Clor. de Cálcio 10% 10 ml	AP		Revivon	AP		Atadura Gessada 10x3	RL	
Clorid. de Morfina 0,02gr	AP		Ropivacaína	AP	<i>01</i>	Atadura Gessada 15 cm	RL	
Cloridato de Nalorfina	AP		Selosan	AP		Atadura Gessada 20 cm	RL	
Cloridato de Papaverina	AP		Sol. B. de S. 10% 250 ml	FR		Blockbuster	RL	
Colírio	ML		Sol. Isoniazid 20% 250 ml	FR		Bolha p/ 2 Anestesias	RL	
Complexo B	AP		Sol. Ringer Lact. 500 ml	FR	<i>01</i>	Cateter Peridural	UN	
Diprivan	AP		Solução Euroclás	FR		Cachimbo p/ BAN	UN	
Dramin	AP		Solução de Eletrolitos	AP		Cáculo de Geraldi Tam	UN	<i>01</i>
Cecuron 4 mg	FR		Solução raf 500 ml	FR		Col. de Urna S. Fischbe	UN	
Diaceoron	AP		Solução raf 500 ml	FR		Col. de Urna Simples	UN	
Dofantina	AP		Soro Fisiológico 1000 ml	FR		Comprimatina 23x25 c/ 10	UN	
Dormoid	AP	<i>01</i>	Soro Fisiológico 500 ml	FR	<i>02</i>	Compreiss 45x50 c/ <i>05</i>	UN	<i>10</i>
Efortil	AP		Soro Fisiológico 250 ml	FR		Cord Clamp	UN	
Efrane	ML		Soro Glicofosf 500 ml	FR		Dreno Kam N°	UN	
Epilesan Pomada	TB		Soro Glicos 10% 1000 ml	FR		Dreno Malacot N°	UN	
Ergotrate	AP		Soro Glicos 10% 500ml	FR		Dreno Panost N°	UN	
Flagyl 500 mg	FR		Soro Glicos 5% 1000 ml	FR		Dreno Pezzor N°	UN	
Flexodil	AP		Soro Glicos 5% 500 ml	FR		Eletrôdo Descartável	UN	<i>05</i>
Fantanyl	ML	<i>01</i>	Soro Glicos 5% 250 ml	FR		Equipo B. Infusão	UN	
Fluothane	ML		Systolane	AP		Equipo Bumta	UN	
Forane	ML		Subgalato Bismuto	g		Eq. de Sangue c/ Bureta	UN	
Garamicina	mg	AP	Sulfato Atropina	AP		Equipo Macrogotas	UN	<i>01</i>
Glicose % 10	ml	AP	Sulfato Estamina	AP		Equipo Microgotas	UN	
Glucagon	AP		Sulfato Magnés	AP		Equipo p/ Seringa	UN	
Gluconato de Cálcio 10%	AP		Sulfato Pirantiamins	AP		Esparadraço	UN	<i>10</i>
Hemacel	FR		Synthocion	AP		Extensor de Letas	CM	
Heparina	ML		Terra-Cortril	TB		Extensor para Soro	CM	<i>01</i>
Hypnomidate	AP		Thiopentalbutal	FR		Frasco a Vácuo Simples	UN	
Inoval	AP		Tracrium	AP		Frasco a Vácuo c/ ALD	UN	
Insulina	UI		Tremat	AP		Gaze Floculada	UN	
Ipsilon 1 gr	FR		Vallum 10 mg	AP		Gaze Vaselineada	UN	
Inuxol Pomada	TB		Vermifia C	AP		Gazes 7,5 x 7,5	<i>Scupper 40</i>	
Kanabon	FR		Unterim	AP		Gato 5 kg	UN	
Keflin 1 gr	FR		Vermifia Passade	AP		Gelina	UN	
Ketaz x	FR		Vermifia 1% c/ Adr	FR		Gesso	UN	
Lanexal	FR		Vermifia 2% c/ Adr	FR		Intercal N° 10x10	UN	
Laxix	FR		Vermifia 2% c/ Adr	TB		Intracath N° 16x17	UN	
Marcaina c/ Adren 25%	FR		Vermifia c/ Adr	FR		Jalco N° <i>20</i>	UN	<i>01</i>
Marcaina c/ Adren 25%	AP		Vermifia c/ Adr	FR	<i>05</i>			
				FR				
				FR	<i>X 02</i>			
				FR	<i>X 01</i>			
				FR	<i>X 01</i>			
				FR	<i>X 01</i>			
				FR	<i>X 01</i>			



Nome Social:

Idade: 22 Anos 10 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6164959

Carteira: 9790020054321994

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER14

Data Doc.: 30/11/2018 17:48:00

Data de Internação: 30/11/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 30/11/2018 19:21

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Clínica

Médico Responsável

CHRISTINE M MUNIZ SILVA

Diagnóstico

FRATURA GALEAZZI

Cirurgião

CHRISTINE

Anestesista

1º Auxiliar

CARLOS ALBERTO

2º Auxiliar

Cirurgia

OSTEOSSINTESE

CONFIRME COM ORIGINAL

PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

- Cirurgia Ambulatorial Leito Dia Unidade de Internação UCO UTI Adulto UTI Ped UTI Neo

Profissionais Necessários:

- Clínico Geral Fisioterapia Nutrição Fonoaudiologia Farmácia Serviço Social Psicologia

Descrição da Cirurgia

PCTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO DE PLEXO, ASSSEPSIA, ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS, FEITO ACESSO DE HENRY DISSECÇÃO POR PLANOS IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA, REDUÇÃO SOB SCOPA, COLOCAÇÃO DE PLACA BLOQUEADA COM 6 PARAFUSOS BLOQUEADOS, LIBERAÇÃO DO NERVO INTEROSSEO, ACESSO PÁREA ULNA REDUÇÃO DA ULNA RECISÃO DO LIGAMENTO, FIXAÇÃO COM FIO K 1,5, HEMOSTASIA, SUTURA, CURATIVO, TALA GESSADA

Previsão de Alta: 01/12/2018 18:00

CHRISTINE M MUNIZ SILVA / CRM - 8082

Nome Social:

Idade: 22 Anos 10 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6164959

Carteira: 9790020054321994

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER14

Data Doc.: 30/11/2018 17:48:00

Data de Internação: 30/11/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 30/11/2018 19:21

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Clínica

Médico Responsável

CHRISTINE M MUNIZ SILVA

Diagnóstico

FRATUA GALEAZZI

Cirurgião

CHRISTINE

Anestesista

1º Auxiliar

CARLOS ALBERTO

2º Auxiliar

Cirurgia

OSTEOSSINTESE

PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

Cirurgia Ambulatorial Leito Dia Unidade de Internação UCO UTI Adulto UTI Ped UTI Neo

Profissionais Necessários:

Clínico Geral Fisioterapia Nutrição Fonoaudiologia Farmácia Serviço Social Psicologia

Descrição da Cirurgia

PCTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO DE PLEXO, ASSSEPSIA, ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS, FEITO ACESSO DE HENRY DISSECÇÃO POR PLANOS IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA, REDUÇÃO SOB SCOPIA, COLOCAÇÃO DE PLACA BLOQUEADA COM 6 PARAFUSOS BLOQUEADOS, LIBERAÇÃO DO NERVO INTEROSSEO, ACESSO PÁREA ULNA REDUÇÃO DA ULNA RECISNTRIÇÃO DO CRAMENTO, FIXAÇÃO COM FIO K 1,5, HEMOSTASIA, SUTURA, CURATIVO, TALA GESELLADA

Previsão de Alta: 01/12/2018 18:00

CHRISTINE M MUNIZ SILVA / CRM - 8082

06 MAIO 2019

REGISTRO DE ENFERMAGEM

RESCRIÇÃO MÉDICA	HORA
CARDIOSCÓPIO	
OXIMETRÓ	
PAM	
LIGA 02	
DESLIGA 02	
PANI	

HORÁRIOS	INTERDAIS E FLUIDOS									
	SANGRAMENTO					SINAIS VITais				
	PA	171x98	160x70	168x70	154x71	153x70	157x68	160x72	161x67	162x75
PULSO	97	79	87	86	70	66	60	56	55	
TEMPERATURA	33,1	35,0	35,8	36,1	36,2	36,1	36,5	36,7	36,9	
FREQ. RESPIRATÓRIA	16	15	16	17	16	12	14	16	16	
DOR	(0)	6	0	0	0	0	0	0	0	

15802	96	97	20	Comportamento (0 a 7 anos) NIPS - Nenhum/Infantil Primitivo (0-5)	96
Messa facial	Choro	Padrão Respiratório	Membros superiores	Membros inferiores	Nível de consciência
0 - relaxada	0 - Ausente	0 - ritmico e regular	0 - relaxados	0 - relaxados	0 - dormindo/caímo
1 - Contraida	1 - resmungos	1 - diferente do padrão de repouso	1 - flexidos/estendidos	1 - flexidos/estendidos	1 - irritado
2 - forte					

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 - sem dor	5 - dor forte									
2 a 3 - dor leve	6 - dor insuportável									
4 - dor moderada										
Escala Analógica Digital (0 a 7 anos acima)										
0 - sem dor	5 - dor forte									
1 a 3 - fraca	6 - dor insuportável									
4 a 6 - moderada										

INDICE DE ALARME	0	1h	2h	3h	ALTA
Capaz de movimentar 4 membros espontaneamente ou pedido	=2				
Capaz de movimentar 2 membros espontaneamente ou pedido	=1	<u>ATIVIDADE</u>			
Capaz de movimentar 0 membros espontaneamente ou pedido	=0	<u>MOTORA</u>			
Capacidade para respirar fundo e tossir	=2				
Dir. ... ou respiração limitada	=1	<u>RESPIRAÇÃO</u>			
Apréi. ...	=0				
PA +/- 20% do nível pré-anestésico	=2				
PA +/- 20% a 50%	=1	<u>CIRCULAÇÃO</u>			
PA +/- 50%	=0				
Totalmente acordado	=2				
Dor. ... mas despertável quando estimulado	=1	<u>CONSCIÊNCIA</u>			
Comendo não despertável quando estimulado	=0				
Róseado	=2				
Pálido, escuro, letárgico, outros	=1	<u>COLORAÇÃO</u>			
Clorótico	=0				

Hemovigilância: () Concentrado de Hemácias () Plasma () Plaquetas
 Sinais Vitais: Início: ____ / Final: ____ / T= ____ / P= ____ / R= ____ / PA= ____ /

ALTA MÉDICA CRM HORÁRIO
 LINHA CORRETORA: _____

06 MAIO 2013

ALTA ENFERMAGEM COREN HORÁRIO

ALTA HOSPITALAR



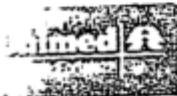
MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS EM SALA (ANESTESIOLOGISTA)

COD. FÓRM. 045,ASS.CIR
DATA: 16/12/2010
REVISÃO: 00

MATERIAL E MEDICAMENTOS										MATERIAIS E EQUIPAMENTOS										
NO.º	UNID	QTD	NO.º	UNID	QTD	NO.º	UNID	QTD	NO.º	UNID	QTD	NO.º	UNID	QTD	NO.º	UNID	QTD	NO.º	UNID	
ADALAT	CAPS	1	INDERAL	AMP	1	RARIFEN	AMP	1	ABOCATH	UND	1	SERINGA 10CC	3	UND	1	UND	1	UND	1	UND
ADENOCARD	AMP	1	INOVAL	AMP	1	REVMAN	AMP	1	AGULHA DESCARTÁVEL	UND	03	SERINGA 20CC	3	UND	1	UND	1	UND	1	UND
ADRENALINA	AMP	1	INSULINA REGULAR	FC	1	ROCUROLIO	FC	1	AGULHA INSULINA	UND	1	SONDA ASPIRAÇÃO	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
ÁGUA BIDESTILADA	AMP	1	IPSILAN	FR	1	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	ML	1	AGULHA PERIDURAL	UND	1	SONDA NASOGASTRIC	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
AMINOFILINA	FC	1	ISUPREL	AMP	1	SOLUÇÃO FRUTOSE	ML	1	AGULHA PARA RAQUE	UND	1	TUBO ARMADO#	6	UND	1	UND	1	UND	1	UND
ANCORON	AMP	1	KANAKION	FC	1	SOLUÇÃO GLUCOFISIOLÓGICA 1,1%	ML	01	CAL SODADA	UND	1	TUBO ENDOTRAQUEAL GOM CUFF#	UND	1	UND	1	UND	1	UND	
ANTAK	AMP	1	NEFAZOL 1g	FC	1	SOLUÇÃO GLUCOSE 5%	ML	1	DISCOFIX - TORNEIRA 3 VIAS	UND	1	TUBO ROBERTSHAW	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
APRESOLINA	AMP	1	UNEXAT	ML	1	SOLUÇÃO RINGER COM LACTOSE	ML	01	ELETRODO	UND	1	BOMBA DE INFUSÃO	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
ATROFIRINA	AMP	1	LANOXIN	AMP	1	SOLUCORTEF	FC	1	EXTENSOFIX	UND	1	CAPNÓGRAFO	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	1	LASIK	AMP	1	SURENTA	AMP	1	INTIMA	UND	1	CARDIOSÓPIO (ECG)	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
BREVIBLOC	AMP	1	LEVOPHED	AMP	1	TIOPENTAL	ML	1	INTRAFIX AIR (FOTOSSENSÍVEL)	UND	1	DESFIBRILADOR	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
CAPDREN	AMP	1	LIQUEMINE 0,25	AMP	1	TRACRUM	AMP	1	INTRACATH (CAVAFIX)	UND	1	ECG	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
CEDILANIDE	AMP	1	LIQUEMINE	ML	1	TRANSAMIN	FC	1	INTRAFIX COM INJETOR LATERAL	UND	01	FLOWTRON	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
CETAMINA	AMP	1	MANITOL 20%	TUB	1	TRANSAMIN	AMP	1	INTRAFIX MICROGOTAS	UND	1	GAYMAR (COLCHÃO TÉRMICO)	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
CITANEST 3% COM OCTAPRESIN	TUB	1	MARCINA 0,5% COM ADRENALINA	FC	01	TRIDIL	ML	1	MASCARA LARINGEIA	UND	1	OXÍMETRO	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
CLEVANE	AMP	1	MARCINA 0,5% SEM ADRENALINA	FC	1	VALLUM	ML	1	PERIFIX (CATETER PERIDURAL)	UND	1	WARM-AIR	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
CLORETO DE POTASSIO	AMP	1	MARCINA ISOBARICA	AMP	1	XILOCAINA 1% SEM ADRENALINA	GR	1	PROLIFIX 2 VIAS	UND	1	MICROSCOPIO CIRÚRGICO	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
CLORETO DE SÓDIO	AMP	1	MARCINA PESADA	AMP	1	XILOCAINA 2% COM ADRENALINA	ML	01	SCALP	UND	1	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
DECADRON	AMP	1	MIVACRON	AMP	1	XILOCAINA 2% SEM ADRENALINA	ML	1	SÉRINGA 05CC	UND	1	RESPIRADOR	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
DILACORON	AMP	1	NARCAN	AMP	1	XILOCAINA GELÉIA	ML	1	GASES	UND	1	HEMODERIVADOS	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
DIMORF	AMP	1	NAROPIN 10%	FC	1	XILOCAINA SPLAV	AMP	1	NO.º	UNID	QTD	NO.º	UNID	QTD	NO.º	UNID	QTD	NO.º	UNID	
DIPRIVAN	AMP	1	NAROPIN 7,5%	FC	1	ZOFFRAN	FC	1	AR COMPRISSO	HORA	1	ALBUMINA	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
DOBUTREX	AMP	1	NINBUIM	FC	1			1	OXIDO NITROSO	HORA	1	PLASMASTERIL	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
DOLANTINA	AMP	1	NIPRIDE	AMP	1			1	OXIGÉNIO	HORA	1	CONCENTRADOR HEMACIAS	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
DORMOND 15mg	AMP	01	NORADRENALINA	AMP	1	Bexxtha 40mg	01	1	ETRANE	ML	1	PLASMA	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
DORMOND 5mg	AMP	01	NORCURON	AMP	1			1	HALOTANO	ML	1	PLAQUETAS	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
DROPERIDOL	AMP	1	NUBAIN	AMP	1			1	FORANE	ML	1	CRIO	1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
EFEDRINA	AMP	01	OMEPRAZOL	AMP	1			1	SEVORANE	ML	1		1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
FENERGAN	AMP	1	PANTOPRAZOL	AMP	1			1	DESFLURANE	ML	1		1	UND	1	UND	1	UND	1	UND
FENTANIL	AMP	01	PAVULON	AMP	1			1												
FLAGYL 0,5g	FC	1	PLAMET	AMP	01			1												
FLAXIPARINA	UI	1	PROCAMIDE	AMP	1			1												
GLICOSE 50%	FC	1	PROFENIDE	FC	1			1												
GLUCAGON	AMP	1	PROSTIGMINE	AMP	1			1												
GLUCONATO DE CALCIO	AMP	1	PROTAMINA	AMP	1			1												
HISOCHEL	FC	1	QUELCHIN	FC	1			1												

OBSEVAÇÕES

ANESTESIOLOGISTA



Paciente: 72022707 JUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nasc.: 03/01/1996

Nome Social:

Idade: 22 Anos 10 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6164959

Carteira: 9790020054321994

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER14

Data Doc.: 30/11/2018 17:48:00

Data de Internação: 30/11/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 30/11/2018 19:21

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Clínica

Médico Responsável

CHRISTINE M MUNIZ SILVA

Diagnóstico

FRACTURA GALEAZZI

Cirurgião

CHRISTINE

Auxiliar

CANTOS ALBERTO

Anestesista

2º Auxiliar

Hospital Regional
Universitário
Centenário
CONFERE COM ORIGINAL

Cirurgia

STE OSSINTSESE

PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

Cirurgia Ambulatorial Leito Dia Unidade de Internação UCO UTI Adulto UTI Ped UTI Neo

Profissionais Necessários:

Clínico Geral Fisioterapia Nutrição Fonoaudiologia Farmácia Serviço Social Psicologia

Descrição da Cirurgia

FEITO EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO DE PLEXO, ASSSEPSIA, ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS, FEITO A FESSO DE HENRY DISSECCAO POR PLANOS IDENTIFICAÇÃO DA FRACTURA, REDUCAO SOB SCOPA, COLOCAÇÃO DE PLACA BLOQUEADA COM 6 PARAFUSOS BLOQUEADOS, LIBERAÇÃO DO NERVO INTEROSSEO, ACESSO PÁREA URNA REDUÇÃO DA URNA RECISNTRICAO DO LIGAMENTO, FIXAÇÃO COM FIO K 1,5, HEMOSTASIA, SUTURA, CURATIVO, TALA GESSADA

Previsão de Alta: 01/12/2018 18:00

CHRISTINE M MUNIZ SILVA / CRM - 8082

LIBERIA CORRETIVA

06 MAIO 2013

Este documento foi emitido de acordo com a ICP-Brasil, MPJ 330-2-2001, Resolução CFM 1421/2007, Resolução CFM 21/2003. Atenção: não é permitida a sua alteração.
O uso de este documento é permitido para fins de registro e emissão de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Secretaria de Ciência e Tecnologia em Saúde - MCTeC.

CHRISTINE M MUNIZ SILVA CRM-8082 06/12/2018 18:21 CRM-43202 30/11/2018

Este documento não substitui a assinatura de data e hora. Sobre a validade da assinatura, este documento é válido para fins de identificação.





Prescrição.:4328788 Data:30/11/2018 - 01:23 DIAS INTERNADO:1 Dias - Usuário:M010136

2ª VIA

Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nascimento: DI Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 28d)

Médico.....: VICTOR MAGALHAES CALLADO - CRM 10136

FUNCTION: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

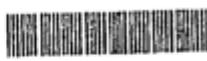
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.....: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:M URG



Classificação de Risco: MUITOURGENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 REDUCAO INCRUENTA ; Exame: 2804958	1					
2 TALA GESSADA - AXILO PALMAR ; Exame: 2804957	1					

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA SIMPLES ; Exame: 2804958	1					

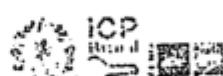
VICTOR MAGALHAES CALLADO
CRM 10136

06 MAIO 2013

Este registro foi assinado digitalmente em acordo com a ICP-Brasil, MP-2.700-2/2001, Resolução CPM 182/2009, Resolução CFO 914/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRS) da Secretaria de Informações em Saúde (SIS) sob nº 024.

VICTOR MAGALHAES CALLADO 76003630025, AC VALID: RFB, 76003630025, 30/11/2018 19:22 GMT-03 PÓ 30/11/2018.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MUNDO FUSO HORÁRIO (FUT-03-01)





Prescrição: 4328792 Data: 30/11/2018 - 01:31 DIAS INTERNADO: 1 Dias - Usuário: M010136

2ª VIA

Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 28d)

Médico: VICTOR MAGALHAES CALLADO - CRM 10136

Função: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: Ciclo: /

Diagnóstico:

Protocolo: .

Classificação de Risco: M URG



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: MUITO URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS ESPECIAIS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/1ML AMP + 250ML SF0,9% > SF 0,9% BOLSA 250ML	1	ML		EV	6hs/6hs.	[30/11] 01:31 07:31 13:31 19:31

VICTOR MAGALHAES CALLADO
CRM 10136

CONFERE COM ORIGINAL

MEU CÓRRETO

06 MAIO 2019

Este documento foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2 200-22/2001, Resolução CFM 1621/2007, Resolução CFO 01/2009, tendo sido gerado em um instante certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

VICTOR MAGALHAES CALLADO 78503630325, AT VALID, RFB, 78503630325, 30/11/2018 15:22 GATI-03 00 30/11/2018

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GATI-03 00)



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emilido por: M08082
Em: 30/11/2018 17:45

Prescrição: 4330350 Data: 30/11/2018 - 17:34 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M08082
Atendimento: 6164959 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 28d)
Médico: CHRISTINE M MUNIZ SILVA - CRM 8082
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: UNIDADE TERREO Leito.: TER14 Cobertura: ENFERMARIA 2 LEITOS
Cid.: S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco:

1ª VIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA INTERNADO

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
DIETA				VO	4hs/4hs.	[30/11] 17:34 21:34 [01/12] 01:34 05:34 09:34 13:34
1 DIETA GERAL						
HIDRATACAO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 SF 0,9% BOLSA 1000 ML	1.000	BOLSA		EV	Continua.	[30/11] 17:34 20.40 500ml 20.40 500ml
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 (D1/3) CEFAZOLINA 1G FA + SF 0,9% -> SF 0,9% BOLSA 100ML	1	FRASCO		EV	8hs/8hs.	[30/11] 17:34 [01/12] 01:34 08:34
4 DIPIRONA SODICA 500MG/ML AMP 2ML + SF0,9% -> SF 0,9% AMP 10ML	100	ML		EV	6hs/6hs.	02 15 [30/11] 17:34 [01/12] 08:34 11:34
5 PARECOXIB 40MG FA + SF0,9% -> SF 0,9% AMP 10ML	1	FRASCO		EV	24hs/24hs.	24 06 12 18 [30/11] 17:34 01
MEDICAMENTOS ESPECIAIS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 TRAMADOL CLORIDRATO 100MG/2ML AMP + 250ML SF 0,9%	1	AMPOLA		EV	8hs/8hs.	[30/11] 17:34 21:34 [01/12] 01:34 08:34
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 SINAIS VITais					4x ao dia.	[30/11] 17:34 23:34 [01/12] 05:34 11:34

CHRISTINE M MUNIZ SILVA
CRM 8082

06 MAIO 2019

Foi realizado o seu registro de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.736-2/2001, Resolução CFM 182/2007, Resolução CRM 91/2009. Foi feita a assinatura digitalizada no processo de Consultação para Submissão de Registro Profissão nº: S080821 da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob nº: 024.
CHRISTINE MARIA MUNIZ SILVA 75234483354, AC VALOR R\$11.752,34483354, 30/11/2018 15:27:00 GMT-03:00 (Brasília)

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (FST-4:00)

UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000

ICP

SBIS

JOÃO BOSCO SIVETRA FILHO / CRM - 10738

AS 19:30, PÓ DE FRUTAÇO DIREITO SÓBRE BLOQUEIO DE PLEXO E GERAL
ENDOVENOSA SEM INTERCORRENCIAS. ASA 1, ENDOVENOSA SEM INTERCORRENCIAS. PÓ DE FRUTAÇO DIREITO SÓBRE BLOQUEIO DE PLEXO E GERAL
SONOLENTO MAS RESPONDENDO A COMANDO VERBALS, LEVE PICO HIPERTENSIVO COM PA DE 171 X 78 MMG, FC 97 BPM, Nauseas e/ou Vomito 96%, Bloqueio do MSD, IA = 8, NEGA
AS 20:30, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO T/E, SONOLENTO MAS RESPONDENDO A COMANDO
AMBIAIS, LEVE PICO HIPERTENSIVO COM PA DE 153 X 70 MMG, FC 70 BPM, EUPNÉICO EM AR APRESENTOU INTERCORRENCIAS.
CD = CONTRROLE SINAISS VITAIAS
VER PRESCICAO MEDICA
AS 21:30, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO T/E, SONOLENTO MAS RESPONDENDO A COMANDO
AMBIAIS, ESTABELECEU INTERCORRENCIAS, IA = 9, NEGA DOR, NAUSEAS E/OU VOMITO, NAO
APRESENTOU INTERCORRENCIAS.
CD = CONTRROLE SINAISS VITAIAS
VER PRESCICAO MEDICA
AS 21:30, QUADRO CLINICO ESTABELECEU INTERCORRENCIAS, IA = 9, BLOQUEIO PARCIAL DO MSD.
CD = ALTA DA SR PARA ENFERMERA
VER PRESCICAO MEDICA

ALERGIA: NEGA

EVOLUGAO MEDICA - CENTRO CIRURGICO

Nome Social: **Idade: 22 Anos 10 Meses 27 Dias** Sexo: **Masculino** Atendimento: **6164959**
 Centro: **9790020054321994** Plano: **FEDERACAO ENFA** Convênio: **FEDERACAO DO ESTADO**
 Unidade: **UNIDADE TERRAO** Letra: **TER14** Data Doc.: **30/11/2018 20:45:33**
 Data de Intercâmbio: **30/11/2018** Dias de Intercâmbio: **0** Data Impresso: **30/11/2018 20:56**







6 MAID 2013

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jeferson Alves Bernardo,

RG nº 20078565 043, data de expedição 29/04/19,

Órgão SSP, portador do CPF nº 602 742 653 96,

com domicílio na cidade de Caucaia, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SANTA INÉS ITAMBÉ, nº 174,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima _____, cujo o condutor era _____.

Veículo: XRE 300 Modelo: HONDA / XRE 300 Ano: 2010

Placa: OCT 7061 Chassi: 9C2NDO910BR003985

Data do Acidente: 29/11/2018



29/11/18 Caucaia - CE

Jeferson Alves Bernardo
Assinatura do Declarante

06 MAIO 2013

Weslles Nunes de Oliveira
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO

TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42

Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 01.600-120 - Caucaia / CE

Tel: (85) 3521.7501 E-mail: carterio@carterioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE à assinatura

indicada de JOSE JEFFERSON ALVES BERNARDO. Dou Fé

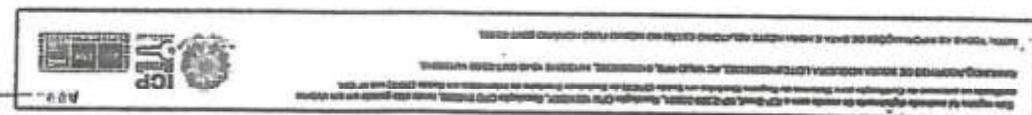
Caucaia-CE, 29 de abril de 2019.

Em Teste _____ de Verdade.

Ana Karina Lima Linhares Loiola - Tabeliã

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal





06 MAIO 2013

DATA CUPPER

CRM: 12655

ESTUDOS RODRIGUES DE SOUSA MEGUEIRA Lettre

<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> HIPOTIREOIDISMO	<input type="checkbox"/> PNEUMOPATIA	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> HIPERTIREOIDISMO	<input type="checkbox"/> IRG	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> TABAGISMO	<input type="checkbox"/> CANCER	<input type="checkbox"/> OBESIDADE	<input type="checkbox"/> DOENCA CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> ETRISMO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> CONDUTA	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> MEDICAGAO	<input type="checkbox"/> IMAGEM	<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> INTERNAGAO	<input type="checkbox"/> DENGUE	<input type="checkbox"/> Sinal de Alarme	<input type="checkbox"/> Sinal de Choque	<input type="checkbox"/> Sangramento Espontaneo	<input type="checkbox"/> ou Comorbidades	<input type="checkbox"/> Prova do laço positiva	<input type="checkbox"/> Sinal de Alarme
-------------------------------	------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---	------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--	--	---	--	---	--

SS29 - FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE MAO ESPECIFICA

POULTRAMA

APPOI ESE DIAGNOSTICA

VIDE ACIMA

DESCRITIVO DO EXAME FÍSICO

PACIENTE COM RELATO DE COLISAO MOTO-VACA HA CERCA DE 50 MINUTOS; QUEDA-SA DE DOR NEGA DISPNEIA, DOR TORACICA, SINCOPE, VOMITOS E OU OUTRAS QUEIXAS;

-A: VAS AEREAES PERVEAS, VERBALIZANDO SEM DOR CERVICAL

-B: MUV+S, SINTEROS SEM RA SAO, SEM O2.

-C: HEMODINAMICA ESTVEL, PA: 120/80 MMHG, FC 78 BPM, ABOME FLACIDO E INDOLORE.

-D: ECG: 15, PUPILLAS ISOCORTICAS E FOTORERAGENTES, SEM SINASIS FOCIAS;

-E: LESAO CORTICO-CONTUSA EM FACE; FRATURA (EXPOSTA?)

CDTA: 1- SOLICITO RX DE TORAX/ CERVICAL BACIA;

2- SOLICITO RX DE MAO E ANTEBRACO DIRITO;

3- SOLICITO RX DE MAO E ANTEBRACO ESQ;

4- FACIO HV + CETOPIROFENO + DIPIRONA

5- SUTURO FACE

ACQUAENE E MOTOCICLISTICO

QUEXA PRINCIPAL

29/11/2018 23:12

BOLETÍN DE EMERGENCIA

~~PROVA DE ALDEA MADRIO~~



Impresso nº 2019271850

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 3784 / 2019

Dados da Ocorrência 0119665/19

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: **24/04/2019 09:48:56**

Data / Hora da Ocorrência: **29/11/2018 21:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-085**

Complemento:

Bairro: **GARROTE**

Município: **CAUCAIA/CE**

Ponto de Referência: **POSTO DO GARROTE**

Noticiante(s)

Nome: **LUCAS NUNES DE OLIVEIRA**

Nascimento: **03/01/1996** CPF: **066.615.383-33**

RG: **2006010070613** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**

Filiação: **CLEMENTINA INACIO NUNES**

PEDRO FREIRE DE OLIVEIRA

Endereço: **ESTRADA BARRA NOVA, 613**

Bairro: **ICARAÍ** CEP: **61.600-000**

Município: **CAUCAIA/CE**

País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98186-2818**

Histórico

Que estava transitando na Rodovia CE-085 conduzindo a motocicleta, placa OCT7061, marca/modelo Honda/XRE300, licenciado em nome de José Jefferson Alves Bernardo, em direção a rotatória, próximo ao Condomínio Residencial Garrote Village, quando uma vaca atravessou a via, saindo do matagal do canteiro central, fazendo com que o noticiante colidisse frontalmente com o mencionado semovente, levando-o ao solo; Que, em decorrência do sinistro, rompeu os ligamentos do pulso e fraturou o antebraço; Que foi por meio próprios ao Hospital Regional da Unimed; Que não compareceu ao local nem a PRE, nem o SAMU; Que estava sozinho no veículo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Thamires Costa Moraes THAMIRE COSTA MORAES - MAT.: 301186-4-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Cladiston Sousa Braga CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

06 MAIO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	066.615.383.33	W ^U CAS NUNES DE oliveira.	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: W ^U CAS NUNES DE oliveira.		CPF: 066.615.383.33	
Profissão: funcionário	Endereço: BARRA NOVA.	Número: _____	Complemento: _____
Bairro: _____	Cidade: CAUCAJA.	Estado: CEARA.	CEP: 61600000
E-mail:		Tel.(DDD): 85 497261586	

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

 AGÊNCIA: 0295 0 CONTA: 3916 0
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

 AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, 02/04/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Lucas Nunes de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: 06 MAIO 2013

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



1 CORRETA
06 MAIO 2313