



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM
Pq Cítricula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202061000547

Número Único: 0000553-52.2020.8.25.0009

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 03/03/2020

Competência: Boquim

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

PARTES IDOSAS

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Obrigações - Inadimplemento - Perdas e Danos

Dados das Partes

Requerente: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

Endereço: Rua Zinho Eletricista

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: BOQUIM - Estado: SE - CEP: 49360000

Requerente: Advogado(a): LUCIANA ARAUJO DO CARMO 6425/SE

Requerido: DPVAT SEGUROS E CONSÓRCIOS

Endereço: RUA SENADOR DANTAS

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202061000547

DATA:

03/03/2020

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202061000547, referente ao protocolo nº 20200302154304444, do dia 02/03/2020, às 15h43min, denominado Procedimento Comum, de Perdas e Danos.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim

HORINO JOAQUIM DO CARMO – OAB/SE 4.233

MÁRCIO ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 5.542

LUCIANA ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 6.425

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE BOQUIM (SE)

JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS, brasileiro, divorciado, carpinteiro, portador da Carteira de Identidade 398.596, 2^a VIA SSP/SE, CPF 081.786.905-00, residente e domiciliado na Rua Zinho Eletricista, nº 199, Bairro Centro, em Boquim (SE), CEP 49.360-000, por intermédio de seus advogados com endereço na Av. Rio Branco, 186 – Edifício Oviêdo Teixeira – Sala 1208 – Centro – Aracaju (SE), CEP 49.010-910, endereço eletrônico, HJ.advogados@hotmail.com, vem à presença de Vossa Excelência para propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, RITO ORDINÁRIO**, em face da **SEGURADORA LIDER DE CONSORCIOS DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/0001-04, podendo ser representada por intermédio de seu representante legal na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20.031-205, pelas razões de fato e de direito que passa a expor.

PRELIMINAR – JUSTIÇA GRATUITA

O Autor possui como fonte de renda, um salário mínimo, que recebe por meio de Auxílio doença, devido o acidente, o Autor é de baixa renda, mantenedor do respectivo núcleo familiar, e não pode arcar com as custas processuais sem que desequilibre o orçamento doméstico, se caracterizando como pobre na forma da Lei 1.060/50 e do artigo 98 do Código de Processo Civil.

**HORINO JOAQUIM DO CARMO – OAB/SE 4.233
MÁRCIO ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 5.542
LUCIANA ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 6.425**

Assim, requer o processamento do feito sob os benefícios da gratuidade judiciária.

Para comprovar o pedido de gratuidade apresenta como prova o comprovante de recebimento do benefício junto ao INSS.

DOS FATOS

O Requerente foi vítima de acidente de trânsito em 21/02/2019, evento este que lhe causou deformidade suportada até os dias atuais.

Ciente do seu direito ao seguro obrigatório (DPVAT), o Autor, mediante requerimento administrativo, promoveu os trâmites para receber o pagamento da indenização a título de invalidez permanente, previsto na legislação que regula a matéria.

Entretanto, após o referido procedimento administrativo, a seguradora Requerida apenas depositou a quantia de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), em 19/08/2019, conforme comprovante anexo.

A seguradora Requerida feriu o que determina Lei, visto que pagou valor inferior ao por ela determinado, quando da ocorrência desse tipo de sinistro.

Cabe salientar que a constatação da invalidez é clara, tendo inclusive o Autor obedecido aos trâmites administrativos para receber a indenização, procedimento ao qual foi juntada toda a documentação adquirida após o acidente. Entretanto, mesmo reconhecendo a existência de invalidez permanente, a seguradora não pagou adequadamente a quantia destinada a este tipo de sequela.

Em decorrência do sinistro, o Autor sofreu danos físicos que conforme consta no Relatório médico: sequelas e lesões definitivas.

O Requerente recebeu o seguro DPVAT, no valor de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), ocorre que o valor

**HORINO JOAQUIM DO CARMO – OAB/SE 4.233
MÁRCIO ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 5.542
LUCIANA ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 6.425**

pago não está em conformidade com a Lei 6194/74, em seu artigo 3º, II, tendo em vista que o artigo afirma que o pagamento é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que realmente não foi obedecido a Lei, ou que melhor seja avaliado o percentual que foi arbitrado administrativamente.

Assim o Requerente faz jus a diferença no valor de R\$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Caso Vossa Excelência entenda de outra forma, por se tratar de invalidez permanente, que seja arbitrado o percentual permitido por Lei no caso do Autor, de acordo com § 1º, II, do artigo 3º da Lei 6.194/74, tendo em vista que no processo administrativo não está justificado o percentual do valor pago.

Portanto, é notório que é justa a reparação, é obrigação que a Lei impõe a seguradora Requerida, assim sendo, fica caracterizado o direito do Autor de receber a complementação da indenização por acidente, uma vez que as Resoluções da CNSP não podem ser utilizadas para fixar valores do seguro obrigatório que fora definido por Lei.

DO DIREITO

A Lei 6.194/74 modificou o art. 5º § 1º da Lei 6.194/74, cuja norma está no caso em tela, na qual estabelece:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: [\(Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009\). \(Produção de efeitos\).](#)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência

HORINO JOAQUIM DO CARMO – OAB/SE 4.233

MÁRCIO ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 5.542

LUCIANA ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 6.425

médica e suplementares devidamente comprovadas. [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\). \(Produção de efeitos\)](#).

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\). \(Produção de efeitos\)](#).

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\). \(Produção de efeitos\)](#).

Desta forma a Requerida não cumpriu o que prevê o artigo supracitado.

Recentemente o Tribunal de Justiça já se manifestou em casos de acidente que gerou invalidez permanente:

ACÓRDÃO: 20151289

RECURSO: Apelação

PROCESSO: 201500700380

JUIZ(A) CONVOCADO(A): ELVIRA MARIA DE ALMEIDA SILVA

SEGURADORA LIDER DOS Advogado: MARIA AUXILIADO

HORINO JOAQUIM DO CARMO – OAB/SE 4.233

MÁRCIO ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 5.542

LUCIANA ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 6.425

APELANTE CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVATGARCIA DURAN ALVAREZ

S/A,

APELADO JOSÉ TAVARES MAMEDIO

Advogado: AYDA DOS ANJOS
SILVA

EMENTA

Constitucional, Civil e Processual Civil - Apelação Cível - Seguro obrigatório – DPVAT - Falta de interesse de agir: pendência de valor - Preliminar rejeitada - Invalidez parcial permanente em graus variados - Aplicação do valor da indenização nos termos da nova redação do prevista no art. 3º, "a", da Lei nº 6.194/74 conferido pela Lei nº 11.482/2007 - Irretroatividade da lei - Princípio do *tempus regit actum* - Evento danoso ocorrido sob a égide da lei 11.482/07 e lei nº 11.945/2009 - Previsão de pagamento indenizatório de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) em casos de invalidez permanente e morte - Graduação da invalidez - Valor da indenização que deve ser proporcional ao percentual apurado pelo laudo (25%) e ao índice mencionado na legislação - Reforma da sentença – Redução do valor do prêmio – Dedução da quantia já paga – Incidência de juros a partir da citação e correção, pelo IPCA desde o pagamento parcial do prêmio – Redução dos honorários para o percentual de 15% sobre a condenação – Apelo conhecido e provido em parte - Decisão unânime.

- Em se tratando de indenização de seguro obrigatório DPVAT, deve ser aplicada a lei em vigor na data do sinistro. Verificando que o acidente em tela ocorreu em 19/06/2012, aplica-se ao presente caso o estabelecido no art. 3º, I da Lei nº 6.194/74, com a redação dada pela Lei nº 11.482/2007, a qual estabeleceu o valor limite de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) para o caso de invalidez permanente, conforme previsão do art. 8º da referida legislação, cuja constitucionalidade deve ser reconhecida;

- Nos acidentes ocorridos após a edição da MP nº 451, convertida na Lei nº 11.945/2009, a indenização decorrente do Seguro DPVAT depende da verificação da invalidez permanente

Av. Rio Branco, 186 – Edifício Oviedo Teixeira – Sala 1208 – Centro – Aracaju (SE), CEP 49.010-910.

Tel.: 3211-7347 / 99932-3847 / 98807-0061/ 99900-0870.

Endereço eletrônico: HJ.advogados@hotmail.com

e sua quantificação. Apurado o grau ou percentual da invalidez permanente pelo laudo, nos termos da tabela prevista na Lei nº 11.945/2009, esse será o percentual a incidir sobre o valor máximo previsto, para o cálculo do valor efetivamente devido, considerando as lesões aferidas de forma proporcional, justificando a redução do *quantum* indenizatório, nos moldes que restaram adimplidos pela Seguradora Apelante.

Assim fica demonstrado que é notório o direito do Requerente e que inclusive encontra todo respaldo legal para seu direito.

DO PEDIDO

Pelo exposto, requer-se:

- 1- Citação do Requerido, para, querendo, contestar no prazo legal, sob pena de confissão;
- 2- Autor não tem interesse em audiência de conciliação;
- 3- Que seja condenado o Requerido a pagar o complemento no valor de R\$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), acrescidos de juros e correção monetária;
- 4- Caso Vossa Excelência entenda de outra forma, por se tratar de invalidez permanente, que seja arbitrado o percentual permitido por Lei no caso do Autor, de acordo com § 1º, II, do artigo 3º da Lei 6.194/74, tendo em vista que no processo administrativo não está justificado o percentual do valor pago;
- 5- Benefícios da justiça gratuita, tendo em vista que o Requerente é pobre na forma da Lei;
- 6- A condenação do Requerido ao pagamento das custas processuais e honorário advocatício, estes em percentual a ser

**HORINO JOAQUIM DO CARMO – OAB/SE 4.233
MÁRCIO ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 5.542
LUCIANA ARAUJO DO CARMO – OAB/SE 6.425**

arbitrado por esse Juízo incidente sobre o valor total da condenação.

Dá-se à causa o valor de R\$ R\$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Termos em que,

Pede deferimento.

Boquim (SE), 02 de março de 2020.

Horino Joaquim do Carmo

Advogado – OAB/SE 4.233

Márcio Araújo do Carmo

OAB/SE 5.542

Luciana Araujo do Carmo

OAB/SE 6.425

PROCURAÇÃO

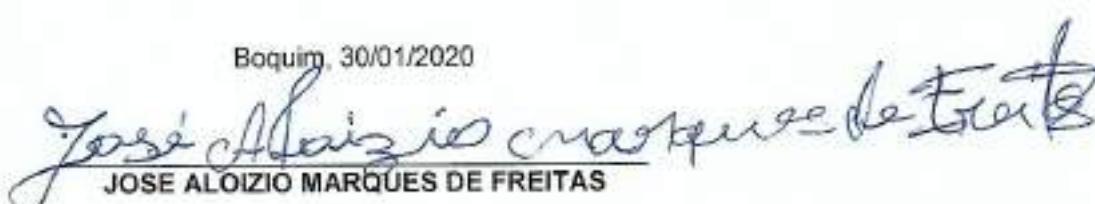
OUTORGANTE: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do RG 398.596 e do CPF 081.786.905-00, residente e domiciliado na Rua Zinho Eletricista, 199, Conjunto João Bismark, em Boquim (SE), CEP 49360-000.

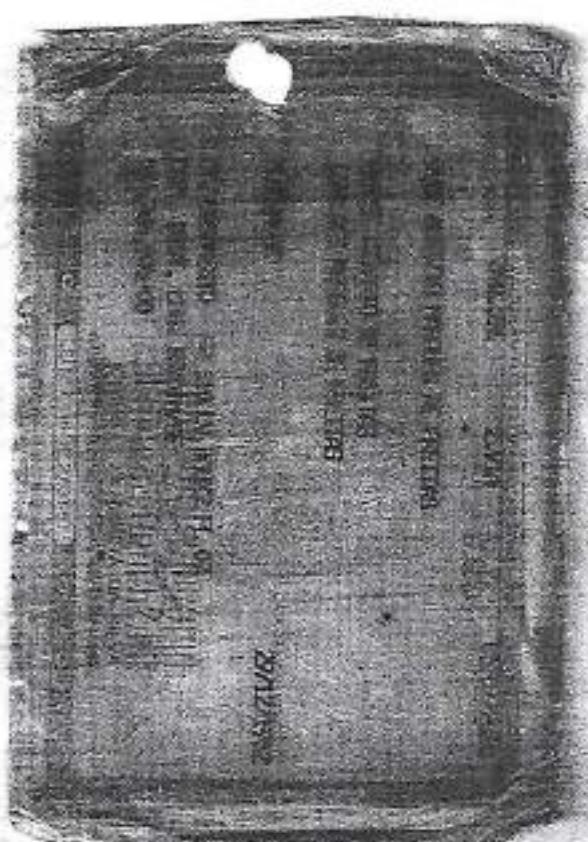
OUTORGADOS: HORINO JOAQUIM DO CARMO, brasileiro, casado, RG 185.134 SSP/SE, CPF 067.537.605-04, advogado, inscrito na OAB/SE sob o número 4.233; MÁRCIO ARAUJO DO CARMO, brasileiro, solteiro, RG 1.522.592 SSP/SE, CPF 010.488.835-07, advogado, inscrito na OAB/SE sob o nº 5.542; LUCIANA ARAUJO DO CARMO, brasileira, solteira, RG 1.326.937, CPF 002.695.775-21, advogada inscrita na OAB/SE sob o nº 6.425, todos com escritório localizado na Avenida Rio Branco, 186, edifício Ovídeo Teixeira, sala 1208, Centro, em Aracaju (SE), CEP 49.018-900, endereço eletrônico HJ.advogados@hotmail.com.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad judicia et ad extra*, para o foro em geral, especialmente para propor **AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DE DPVAT** em face de **SEGURADORA LIDER DPVAT**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei nº 13.105/2015.

Boquim, 30/01/2020


JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS



Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.

Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.
Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.





COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SOROCABA

DESO - Rua Conselheiro Bento, 201, 10 de Julho, Araraquara, 14800-000
CNPJ: 13.008.111/0004-00 - INSC. FISCAL: 23.081.000-0

FATURA MENSAL

Métricas

167455.2

Nome do Cliente		DR			
JOSE ALDIZIO M DE FREITAS		xxx,xxx,xxx-xx			
ENDERECO					
RUA ZINHO ELETRICISTA, 199, BOQUIM, 49360-000					
Qualidade do Serviço	Data da Leitura	Habituado	Obs/Regras Especiais		
422008/00205	03/04/2019	4A20W04150	REF: 1		
Leit. Anterior	319	HISTÓRICO DE CONSUMO			
Leit. Atual	AUSENTE				
Consumo Faturado (m³)	10	REF.	(m³)		
Média de consumo (m³)	5	03/19	00006		
Ocorrência da Leitura	80/00 Casa Fechada	02/19	00009		
Data da Leit. Anterior	06/03/19	01/19	00005		
Dias de Consumo	26	10/18	00018		
Média diária (m³)	0,17	11/18	00001		
Previsão para Próx. Leit.	03/05/19	10/18	00010		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)			
		00FINS: 2,87	PASEP: 0,82		

Serviço	Valor
ÁGUA	37,74
ESGOTO	0,00

Mês da Fatura	VENCIMENTO	TOTAL A VENCER
04/2019	15/04/2019	37,74

“QUE O AMOR, A FELICIDADE E A PAZ NEJAM ABUNDANTES NOS NOSSOS CORAÇÕES.”
“FELIZ PESQUISA”

A falta ou pagamento dessa Fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 91, Decreto-lei nº 27.585/2010.
--

CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenzia/virtual
--

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º Inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Gás	Fior	Conformidade	Conforme Cai
nfº 10 milímetro de Arcoíris Esfumado	32	10	32		32	
nfº de Arcoíris Realizado	32	32	32		32	
nfº de Arcoíris obtido por comparação com a escala de Pintura Esfumado	31	31	31		31	



GOVERNO DO ESTADO DE SÉRGIEPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOQUIM - BOQUIM - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 076451/2019

DADOS DO REGISTRO

data/Hora Início do Registro: 23/07/2019 10:57 Data/Hora Fim: 23/07/2019 11:17
Nome do Delegado de Polícia: Marcelo Hercos Lyrin

DADOS DA OCORRÊNCIA

Lugar: Delegacia Municipal de Boquim

data/Hora do Fato: 21/07/2019 10:40

Local do Fato

Município: Boquim (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Praça Olímpio Campos

Complemento: Praça da Estação

CEP: 49.360-000

Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1046 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

Motivação

Outros

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS (VITIMA , COMUNICANTE)

Naturalidade: Brasileira Naturalidade:SE - Boquim Sexo: Masculino Nasc: 29/12/1952
Cidade: Cariacica Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Situação Civil: Divorciado/a
Nome da Mãe: Izalde Marques de Freitas Nome do Pai: Manoel Cezario de Freitas

Endereço

Município: Boquim - SE
Logradouro: Rua Zinho Eletricista
Complemento: casa, Conjunto Joso Bismarck,prox. a mercearia de Ailton

Nº: 199

Bairro: Centro
Telefone: (79) 99965-4006 (Celular)

CEP: 49.360-000

Marcelo Hercos Lyrin
Delegado de Polícia

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Naturalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boquim - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O noticiante relata que na data referida deslocava-se para sua residência pedalando, quando então próximo da praça da Estação foi atingido por um motociclista, o qual colidiu na bicicleta do noticiante e fugiu do local. Afirma que logo que o motociclista bateu, o noticiante caiu, que foi socorrido por uma senhora e um rapaz, de pre nome Jussilon, o qual colocou o



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOQUIM - BOQUIM - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 076451/2019

noticiante dentro do carro da senhora e guardou a bicicleta do noticiante, que a senhora então levou o noticiante para o Hospital. Diz que foi atendido na UPA de Boquim e depois transferido para o HUSE em Aracaju. Que o noticiante sofreu fratura na perna direita, próximo ao joelho. Que tudo comprova-se em relatórios médicos. Que ainda o noticiante passou por uma cirurgia, sendo no Hospital Cirurgia, em Aracaju. Por fim o noticiante diz que não sabe quem foi o causador do acidente, que deseja registrar o fato afim de acionar o Seguro DPVAT. Diante do exposto solicita o registro.

ASSINATURAS



Marcelo赫西斯·利里奥
Delegado de Polícia
Matrícula 2287
Responsável pelo Acompanhamento

José Alézio Marques de Freitas
(Comunicante / Vítima)

"Abaixo assinado, fui eu que dei ciência de que sou responsável pelas informações acima apresentadas e que só poderei responder sóltio criminalmente pelo presente boletim policial que em conformidade com o artigo 339 da Denúncia Caluniosa e 340 da Contração Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Marcelo赫西斯·利里奥
Delegado de Polícia

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, 25 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190456217

Vítima: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

Data do Acidente: 21/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE SILVA RESENDE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

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

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

Recebedor: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004477

Conta: 0000015820-5

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 Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Novo Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a análise da Seguradora Líder. O prazo para a emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190456217 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GVS CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

CPF/CNPJ: 08178690500

Posição em 13-02-2020 08:45:26

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) (1)

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

19/08/2019 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/10/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YQS+7fRD6wQ6fo+jVeXz/api_key=SnIdRDgzjqyMV51IfN9Hzsvo03mWgGHC9xkB6xrvbGU=)
05/09/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/taYbAG4mk0ZgCkEqm9Nc/api_key=SnIdRDgzjqyMV51IfN9Hzsvo03mWgGHC9xkB6xrvbGU=)
02/08/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/7RXeZgPAvFq3PjsUE0Si/api_key=SnIdRDgzjqyMV51IfN9Hzsvo03mWgGHC9xkB6xrvbGU=)

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
 AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:490-170
 FICHA DE ADMISSAO HOSPITALAR RTT: gelle.alves

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Nao

DATA: 03/03/2019 16:00:01

LEITO: CRT BUZO D01 - Ortopedia I

TIPO: Urgencia

CONVENIO: SUS INTERNO

PROFISSIONAL: 4451-PAULO MARCIO DE CARVALHO SALOTTI

FACIENTE

CARTAO SUS: 707400025049176

ATENDIMENTO: 1079435

NOME: JOSE ALOISIO MARQUES DE FREITAS

ENDERECO: RUA ZINHO ELETRICISTA N°199 N°: 199

UF: SE CEP: 49360001

BAIRRO: Centro

CPF: 08178690500

CIDADE: Boquim

R.G:

FONE: 996636578/999654006

IDADE: 66 SEXO: Masculino

DATA NASC.: 29/12/1952

PROFISSAO

EST. CIVIL: Solteiro

NOME DO PAI: MANOEL CEZARIO DE FREITAS

NOME DA MAE: IZAILDES MARQUES DE FREITAS

RESPONSAVEL:

NOME DO RESPONSAVEL: LAERCIO DOS SANTOS BISPO/ENTEADO

ENDERECO:

CIDADE: UF:

BAIRRO:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: 892.1-Fratura da extremidade proximal da tibia

ORIGEM: Boquim

DIAS INTERNAMENTO: 3

PROC.SUS: 040805055-1 Tratamento Cirurgico De Fratura Do Planalto Ti

AIH: *altg 09/03**10**VI*

Coronel Carlos Souza
 03/03/2019
 Secretaria Clínica / FCH

Endereço..... AV. RIO BRANCO-NEF. OFICINA TECNICA - 5.813 105 - CENTRO, ABACAJU - BA, 49910-010
 Fone..... (0522) 6222-0250 / 6221-8385 * CEP/CPF: 42.681.761/0001-69
 Cadastral: 21.007.505-3
 Data Emissão: 19.03.2001
 Detalhamento: (31) ESTACAO DE BENEFICENCIA N. DE CINEMBIA
 Endereço.... AV. DIRETORIO MUNICIPAL, 134
 Cidade..... ABACAJU
 CEP..... 42681-370
 Fone..... (0529) 312-7112 / 311-8812 SP..... NE
 Faturam.... 008067580 / CONTRA-APARENTACAO / 00.34

Código	Descrição	CF ou	Unid	Qtd	Valor Unitário	Valor Total	ICMS	IPSI	Valor IPB
03.02.03.866-2	PARAFUSO CASILAND 6,0 TONN - 10 RDS TRAMEDICA	(000000000018)	A	000	000	1.000	00.0000		00.00
Lote(s): 1886618-	1.000	VAL. INICIAIS	/						
07.02.03.094-8	ROSCA LISA	(000000000016)	A	000	000	1.000	00.0000		00.00
Lote(s): 00000016-	1.000	VAL. INICIAIS	/						

Hospital: HOSPITAL DE REFERENCIA R. DE CIRUGIA
Consulta: SOS - SISTEMA UNICO DE SALUD
Paciente: JOSE ALFREDO MARQUEZ DE FREITAS
EDAD: 1 /

Medico.....: LUCIANO PASSOS DE SOUZA
instrumentador: ELIEZER MARCOS DA SOUSA
pe.cirurgico.: 01.03.2018
Procedimento.: 0480060001

SEARCHED BY 2000 CF AST. 8 INDEXED IV AND 17.037/87

base IOMS: 0,00 Valor IOMS: 0,00 Base IOMS Subst: 0,00 Valor IOMS Subst: 0,00 Valor total IOMS: 0,00 Valor Predicat: 98,30

Tensile Strength: 200 Lbs. Padiot: 080815 A/8021-10-20

declaro que recebi os predeitos constantes deste documento.
Assinado _____ Responso-a-ei pelo cumprimento



CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

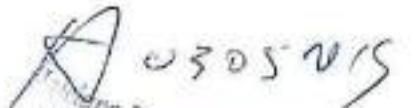
RECEITUÁRIO

Nome:

José Alencar Mota do Lobo

relação de despesas

Declaro que os despesas feitas desde o mês de setembro (09) 582.1 Schmidt e Filhos cirurgia e farmácia pertencem exclusivamente


José Mota
Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
Aracaju - SE
CNPJ: 00000000000000000000

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

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o(a) Senhor(a) Rodrigo Pinto Lira encontra-se impossibilitado(a) de exercer suas atividades laborativas por um período 90 dias por motivo de _____ a partir desta data.

582-1

Aracaju/SE, 02/09/2019

Jaciano Passos de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 208



Consultório de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Renato Teixeira

Ortopedia, Traumatologia, Doenças Articulares, Cirurgias e
Relatórios Especializados.

José Horácio Mendes de Souza

Saudades

Assinatura de José Horácio

MPTC

11

Aracaju, 11/12/2079.

Renato Teixeira CRM:1450
Ortopedia - Traumatologia
[Signature]

Renato Teixeira CRM:1450
Ortopedia - Traumatologia
[Signature]

Localizado à Rua Itaporanga, Bairro Getúlio Vargas, 598 - CEP: 49055350 - Aracaju/SE

Horário de Atendimento às Segundas, Quartas e Quintas das 08:00 às 12:00

p. 22 Telefones: (79) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270 / 8821-2126

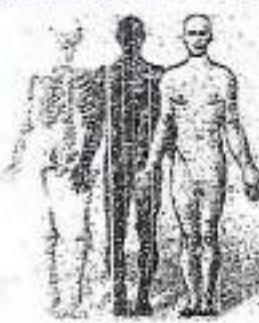
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: João Pedro Moreira da Freitas Procedência: ATO BCO Matriúlo:
Idade: 66 Sexo: M () F Data de admissão: 07/03/19 Letto: D-03 1079435

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)



HORÁRIO: _____ h.

ASSINATURA: _____

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Lucas Pessas () SIM () NÃO
- Instrumentador: Daniel () SIM () NÃO
- Anestesiologista: Luiz () SIM () NÃO
- Circulante: Willian () SIM () NÃO

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposta: ATO cirúrgico Realizado: el fixo co
- Horário - Início: 14:00 h e Término 14:21 h. 14-20
- Monitoração: ECG () Oximetria () PANI () Pressão invasiva: _____
- Técnicas Anestésicas: Geral venosa () Geral Intravenosa () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter () Raquiánestesia () Bloqueio () Sedação () Local
- Posição Cirúrgica: Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E () Outras
- Local da placa dispersiva: _____
- Incisão Cirúrgica - local: MTO
- Curativo - Tipo e local: celulose

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrelações)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 13:30 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: 14:30 h.

Paciente admitido na SO para submeter-se a ato cirúrgico. Ocorrido, verbalizado, offir, em uso de soroteto, com morsel + RX. Realizado enxerto + ato cirúrgico. Paciente encaminhado para SRPA, sob ato cirúrgico sob efeito anestésico, em uso de soroteto, com morsel + RX, SPO₂ - 99%; FC - 77 bpm; P-A - 121x71 mmHg

ASSINATURA: _____

Willian () 583128

Silvio M. Oliveira /Car
Secretaria Clínica
Mat. 1150
FAPAC

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

DISPOSITIVOS EM USO

[] CATETER O2: ____ L/MIN [] MÁSCARA O2 - FIO2: ____ % [] VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % [] VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % [] MARCAPASSO
 [] CATETER VENOSO PERIFÉRICO ____ [] CATETER VENOSO CENTRAL [] CATETER PERITONEAL [] SONDA VESICAL [] SONDA GASTRICA/ENTERAL [] OSTOMIA
 [] FRALDA [] DRENO SUÇÃO: ____ [] DRENO PENROSE: ____ [] DRENO TORACICO: ____ [] DRENOTORÁCICO

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

ESTADÍOLIS									
0	FR:	rpm	SpO2:	93 %	FC:	78 bpm	PANI:	27/78 mmhg	Temp.: °c DOR:
30	FR:	rpm	SpO2:	93 %	FC:	78 bpm	PANI:	27/78 mmhg	Temp.: °c DOR:
60	FR:	rpm	SpO2:	93 %	FC:	78 bpm	PANI:	27/78 mmhg	Temp.: °c DOR:
90	FR:	rpm	SpO2:	93 %	FC:	78 bpm	PANI:	27/78 mmhg	Temp.: °c DOR:
120	FR:	rpm	SpO2:	93 %	FC:	78 bpm	PANI:	27/78 mmhg	Temp.: °c DOR:
150	FR:	rpm	SpO2:	93 %	FC:	78 bpm	PANI:	27/78 mmhg	Temp.: °c DOR:

HORARIO: 14:50 h.

Paciente admitido na SRPA após ato cirúrgico, sonolento sob efeito de anestesia, em uso de ACP em NSD + sedativa. Monitorizar SSVL-PP = 195 x 79 mmHg, FC = 73 bpm, SpO2 = 93%. Segue as cidades da equipe de enfermagem:

Tatiane Magalhães Oliveira Tatiane Magalhães Oliveira
 COREN/SE 1358220 - TE COREN/SE 1356220 - TE

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

HORARIO: ____ h.
 Paciente encaminhado para alta após ato cirúrgico, consciente, orientado, verbalizando com uso de estruturada. Segue em companhia de acompanhante e acompanhante. PRESTADORES
 DESTINO/UNIDADE: _____

ASSINATURA _____ Tatiane Magalhães Oliveira
 COREN/SE 1358220 - TE COREN/SE 1356220 - TE

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK (IAK)

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 98 pontos)		Valor	0	30	60	90	12
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	02					
	Capaz de mover os 02 membros	01					
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02					
	Dispnéia ou limitação de respiração	01					
	Apneia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02					
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01					
	PA 50% do nível pré anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02					
	Desperta se solicitado	01					
	Não responde	0					
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02					
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01					
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0					
IAK	TOTAL		9	9	10		

HORARIO DE ALTA SRPA: _____

ASSINATURA ANESTESIOLOGISTA (CR) _____

ASSINATURA ENFERMEIRO (A) (CR) _____

Dra. Lilia C. Almeida
 Anestesiologista
 CR 100000
 CRF 100000

- LEGENDA: _____

p. 24

DOR (0-2 leve) / (3-7 moderada) / (8-10 intensa)



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidade permanente, pós tratamento das vitimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro

Nome do paciente: *José Agostinho Mendes de Freitas* Data de nascimento: *26/12/1952*
Data do inicio do tratamento / Acidente *21/02/2015*.

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões ósseas, contusões, luxações, hemorragia abdo exp., suspeita de fratura de Húmero direito, fraturado em setor de epífise, por lesão de adutora, mas com o seguinte acidente de moto tendo lesões no joelho direito, feita mobilização da moçoila direita, com o resultado de

2 - Data / Tratamento Realizado:

201 21/02/2015/11/03/2015

Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões ósseas, contusões, luxações, lesões de nervos e tendões. Foi realizada
lombotomia dia 03/03/2015 por lesão no ósso
de Cervo.
03/03/2015/11/09/2015.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

fx 21/02/2015

Rx de Joelho D2D III fratura de plato frontal

16/12/2019

Data

*Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia*

MS.

21/02/2019 1º ATRASIMIENTO NA UPA/BOA VISTA
 2º ATRASIMIENTO NO HSE
 3º ATRASIMIENTO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA

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

- Paciente teve perda parcial permanente da função de flexão do joelho D
- Paciente teve restrição parcial da função motora, total perda de sensibilidade e motora extensora do joelho
- Paciente teve perda parcial da função motora do joelho e permanecerá com deficiência.
- Paciente teve perda parcial da função motora do joelho M/S
 Data: 25/3/06
- Paciente teve perda parcial da função motora do joelho + 15/07/06

6 - Alta definitiva do tratamento:

1 10/12/2019. Fase definitiva Fim M/S

7 - Data do Exame do Paciente

1 16/12/2019. Até agora se juntou D

8 - Segue Exame Anexo

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

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

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

16/12/2019 Data Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedista - Traumatologista
Assinatura e Carimbo

2

Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.

Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA: 21/02/2011

DATA DA SAÍDA: 03/03/2019

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

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Admitido com história de acidente de moto, apresentando fratura do polegar, ferida lateral do joelho. D. Tuttini de São José examinou e encaminhou ao médico cirúrgico, tendo sido encaminhado ao Hospital de São José.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAMINE COMPLEMENTARIES: ECG / Ecocardiogramme

Saline for 100 ml

Rx Joe's D / Penic D

MÉDICOS ASSISTENTES:

EDICOS ASSISTENTES: J. Lucim Oliveira JR

J. Leander Tomyoshi

J. José Freire dos Anjos
S. Marcelo de Oliveira

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

ARACAJU, 13 de Setembro de 2019

Ana Luisa Pacheco Barreto
Cirurgião-Dentista - Especialista em UTI
CRM 719 - CPF: 13477656-62

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

LAUDO
Exame de Radiologia
Setor de RadiologiaNo. DO BE: 1863170 DATA: 1/02/2019 HORA: 16:32 USUARIO: ACFERREIRA
CNS: 702400025049176 SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOOME: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS
 IDADE: 66 ANOS NASC: 29/12/1952
 ENDERECO: RUA ZINHO ELECTRICISTA
 COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO: BÓQUIM UF: SE CEP: 57800-000
 NOME PAI/MAE: MANOEL CEZARIO DE FREITAS /IZAILDES MARQUES DE FREITAS
 RESPONSAVEL: LENIVALDO - ENTENDADO TEL: 79.99663
 PROCEDENCIA: BOQUIM 578
 ATENDIMENTO: TRAUMA
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VELO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Parte proxim de VPS dorz d histam ch arth mto x brach.
 bja. Tm x ferib d. Et d. d. M. sub hbit d. b. d.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

0

DIAGNOSTICO:

Pt. plant d d d + espont

PRESCRICAO

CNE:

ELTROCARDIOGRAMA
 EXAMES(S) REALIZADO(S)
 DATA: 25/02/19
 HORARIO: 14:30
 TECNICO: []

CNE:

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO: **CLASSIFICAÇÃO:** **TIPO DE ATENDIMENTO:** **EVADIMENTO:** **ESTE**

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALÉRGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

DISCRIMINADOR	TIPO DE ATENDIMENTO	ANALISE	TIPO DE ATENDIMENTO	ANALISE
0 MIN	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
TD MIN	TD MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:	COREN:	ASSINATURA:
COORDENADOR:		
RECLASSIFICAÇÃO P/ FIA A PRIORIDADE:		

DISCRIMINADOR

às h min.

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: José Alenys IDADE: 68
SEXO: Masculino Feminino Nº DO CARTÃO DO SUS: _____
ESTADO CIVIL: Casado Solteiro Outros
ENDEREÇO: _____, Nº _____, BAIRRO: _____

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL DE DESTINO DO PACIENTE: HUSC Ortopedia

CONTATO: _____, HORA: _____

VEÍCULO UTILIZADO:

- Tipo A – Própria (Ambulância Própria da Unidade Hospitalar)
- Tipo A – SMS (Ambulância do Município)
- Tipo A – SRIHA (Serviço de Remoção Inter-hospitalar Assistida)
- Tipo B – SAMU (Ambulância de Suporte Básico)
- Tipo D – SAMU (Ambulância de Suporte Avançado)

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

- Falta de Vaga
- Procedimento Especializado
- Outros: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA: _____

MÉDICO REGULADOR: _____, HORA DO CONTATO: _____

QUADRO CLÍNICO

RESUMO:

Panc. Reforçado - Joelho apesar da artroscopia
Por metro - BSC 1070 077 76 - 41102-2
PA 142/80 FC 80

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S): _____

Dipirona 500mg

EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADA(S) (Resumo dos Resultados): _____

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO SETOR

Assinatura e Carimbo

Thelison Santos Ribeiro
MÉDICO
CRM-SE 3350
CEUA-SE 3350

MÉDICO SOLICITANTE

26/2/19
DATA: _____

Assinatura e Carimbo

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 185145
Nome.....: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 29/12/1952 Idade: 66 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: MANOEL CEZARIO DE FREITAS
Nome da Mae.....: IZAILDES MARQUES DE FREITAS
Endereco.....: RUA ZINHO ELETRICISTA 00199 707400025049176
Bairro.....: CENTRO Cep.: 49360-000
Telefone.....: 000007996635578
Municipio.....: 2800670 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

61
AUDO ENVIADO
MFS - Informe
03/02/2012
Marta Falcão/MS/MS-GP/MS

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 18631 0
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Leito.....: 999.0238
Data da Internacao: 27/02/2019
Hora da Internacao: 20:34
Medico Solicitante: 831.578.555-87 - WASHINGTON LUIZ SANTOS BATISTA JUNIOR
Proced. Solicitud: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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



PRONTO SOCORRO ADULTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name: Jon Alvin May Jr. Fink Grade: 10 Date: 10/10/19

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
21 FEVER 2019		(1) Duct 4ml	
		(2) Gantrol (Fenbutetol) 100 mg 0,1g (1/10) 1x/12hs 200mg	2/3
		(1) Tumadol 50mg + 200mg 3F09 (6V) SOS 8/12hs SOS	1/16
		(4) Dipirona 500mg + 500mg (6V) 5/6L 1/12 1/16 2/8 0,6	2/0
		(3) Acetato 400mg (5L) 1x/12hs	2/0
		(5) Omeprazol 40mg 01/2g (10) 1x/12hs 1/6,17m	0,6
		(7) MID elevata	
		(8) Abacavir 200mg	
		(9) UCB + 5V	
		Dr. Laécio Tomé Góes Ortopedista - Traumatologista CRM-RJ 3790	



DONADÃO DE SOUZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

PRONTO SOCORRO VERDE TRAUMA 1 - CORREDOR ORTOPEDIA

	JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS	IDADE	66 ANOS	DATA	22/02/19
DIAGNÓSTICO	FRATURA DO PLATO TIBIAL LATERAL JOELHO D			DIH	

ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA RICA EM FIBRA,			5/5/19
2	SF0,9% 500ml EV 8-8HS			5/5/19
3	KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS			SEM EFEITO
4	GENTAMICINA 240MG/100ML EV IX A.D DIA			SEM EFEITO
5	BROMOPRIDA OU PLASIL 2CC+18ml A.D DE 08/08 H SOS			5/5/19
6	DIPIRONA 2CC+8ml AD EV DE 06/05 H S			5/5/19
7	GLICEMIA CAPILAR : JEJUM E APOS O ALMOÇO (ANOTAR)			SEM EFEITO
8	INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA			5/5/19
9	<200 = 0 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U			4/10/19 12
10	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U			5/5/19
11	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70MG/DL			5/5/19
12	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS			5/5/19
13	CLEXANE 60mg SC 1X/DIA OU HEPARINA 5000 UNIDADES SC DE 12/12 H			5/5/19
14	TRAMAL 50mg +100ml SF EV DE 08/08 H S			SOS
15	OLEO MINERAL 10ML + LACTULONA 10 ML VO 2X AO DIA			SOS
16	CLONAZEPAM 10GTS VO A NOITE			SOS
17	OMEPRAZOL 40mg EV DE 12/12 H OU ANTAK 2CC +18ml AD EV DE 08/08 HS			5/5/19
18	PROFENID 1 AMPOLA + 100ML SF 0,9% EV 12-12HS			SOS
19	6/5/2019, 20 - 2019-02-29/24/2019			5/5/19
20	<i>Ornitopeptidase</i> <i>Ornitopeptidase</i> <i>Ornitopeptidase</i>			5/5/19

EVOLUÇÃO MÉDICA

EUPNEICO, AFEBRIL AO TOQUE, SEM DESCOMFORTO REFERIDO NO TORAX, DOR SÓ NA MOBILIZAÇÃO DOS MEMBROS, EXTREMIDADES AQUECIDAS E ACIANOTICAS.

LABORATORIO E ECG; ainda não está no prontuário

AGUARDA TC JOELHO D SOLICITADA HOJE 22.02.19

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)		Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h						
12:00h						
18:00h						
00:00h						

DR JOAO AIRES CRM 2801 TEOT 5508

23/02/19 → Alcançado → 150

Alcançado
150



HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO
VERDE TRAUMA



GOVERNO DO SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME	<i>Jose, Sérgio Marques de... LEITO 15</i>	IDADE	66 anos	DATA	24/02/2019
DIAGNÓSTICO	<i>Fr. piloto Tibial lat. d.</i>				
EVOLUÇÃO:					

Paciente entubado, com BFG.
 febre () tosse () dor () dispneia () astenia () vômitos () diarreia () edema ()
 sono () apetite () diurese () dejeções ()
Agenda PCD
Nelmo Furtado *3845*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE, VO.	
2	Kefazol, 1 G, EV DE 8/8 HORAS	
3	GENTAMICINA, 240MG, DILUIDO EM 200ML DE SF EV 1X AO DIA	MS
4	Dipirona, 1 AMPOLA, EV DE 6/6 HORAS	
5	PROFENID, 100MG, EM 100ML DE SF 0,9%, EV. 12/12 HORAS S/N	
6	TRAMAL, 100MG, DILUIDO EM 100ML DE SF, EV, SE FORTE DOR, ATE DE 6/6 HORAS	
7	Plasil: 01amp + 18ml AD, EV de 8/8 horas (SOS)	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS >160 OU PAD>100	
9	CLEXANE, 40MG, SC, 1 X AO DIA OU HEPARINA, 5000 UI, SC, DE 12/12 HORAS	20
10	Glicemia Capilar de 6/6 horas (ACM)	
11	Insulina Regular, SC, conforme glicemia capilar (mg/dl): < 200: Ø 201-250: 02 UI 251-300: 04 UI 301-350: 06 UI 351-400: 08 UI > 400: 10 UI	
12	Glicose 25% 60 ml IV in bolus se glicemia < 70 mg/dl (comunicar plantonista)	
13	CONTROLE DOS SINAIS VITais DE 6/6 HS	
14	MUDANÇA DE DECUBITO	
15	CURATIVO DIÁRIO, SN	
16	<i>Gardenal, 100mg, VO 12/12 horas.</i>	10
17		
18		
19		
20		
21		

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo) *3845*

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
5:00h	X						
6:00h	X						
7h	X						
	X						

**EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA**Nome: José Antônio Marques de Freitas

Nº do Registro:

1969170

Origem: Belo Horizonte

Data Internação:

21/07/19

Data

Cirurgia:

Idade: 66Sexo: M

Causa

Acidente:

MOTO

Médico(a)

Cirurgia:

CID 10:

Diagnóstico:

Fratura 30 Plano Típico Lateral (1)

Data da Prescrição:

21/07/19

DPO

Data de Internação

Evolução de hoje:

Fratura fechada pré-operatória

"Continuação Vide Verso"

1- Dieta: encl.2- Trovastatina 100mg cap 12/12h3- Sal. Metformina 500mg VO 12/12h4-

Horários

20/08

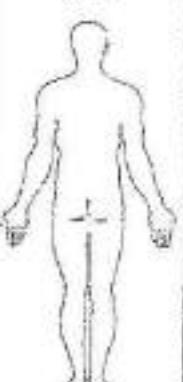
5- Dipirona 2ml - AD 18ml SF EV de 6/6 horas SOS :6- Omeprazol 40mg - 01 amp EV 01 vez ao dia / Ranitidina 25mg/ml - 2ml EV 02 vezes ao dia7- Cetoprofeno (Profenid) 100mg - AD 100ml SF de 12/12 horas, EV SOS8- Tramadol (Tramal) 100mg - AD 100ml SF de 8/8 horas EV SOS9- Metoclopramida (Piasil) amp de 2ml - AD 18ml de SF EV de 6/6 horas SOS10- Insulina Regular (sub-cutânea) - esquema conforme resultado de glicemia capilar (mg/dl)

de 6 em 6 horas antes das refeições :

70 a 150 = zero UI, 151 a 200 = 2 UI, 201 a 250 = 4 UI, 251 a 300 = 6 UI, 301 a 350 = 8 UI,
351 a 400 = 10 UI - Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).

18 | 24 | 06 | 12

Kf

11- Captopril comp. 25mg VO, se TA máxima > 160 e ou TA mínima > 100 mmHg12- Heparina Sódica 5000UI, 01 ml SC 02 x ao dia / Clexane 40mg SC 01 x ao dia13- Fisioterapia: Motora () Respiratória ()14- Controle dos dados vitais MT15- Curativo diário das lesões16- Limpeza rigorosa das hastes do Fixador Externo

Obs : EV = Endovenosa, -AD = Adesivo, -SF = Sol. Fisiológica a 0,9%, -SOS = Sos descompressão, TA = Tensão Arterial, UI = Unidades Internacionais.

Checagem de exames para o pré-operatório

Imagem de controle	Rx	Solicitação	Resultado		
Laboratoriais	Pré-operatório	21/07/19 *			
Exames gráficos	ECG/ECOCARDIO	21/07/19 *			
p.35 Outros:	21/07/19	limpeza			

Dr. Paulo Sergio Nunes
CRM-SE 1145

NOME	<i>José A. M. Furtado LEITO</i>	IDADE	66 anos	DATA	26/02/2019
DIAGNÓSTICO	<i>Fx Plata tibial lateral D</i>				

EVOLUÇÃO:

Padente em BEG, aguardando cirurgia
 febre () tosse () dor () dispneia () astenia () vômitos () diarreia () edema ()
 sono () apetite () diurese () dejeções ()

*Naime Vasconcelos de Menezes
Diven
Assinatura Medicina
CREMESE 3845*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE, VO.	
2	Kefazol, 1 G, EV DE 8/8 HORAS	
3	GENTAMICINA, 240MG, DILUIDO EM 200ML DE SF EV 1X AO DIA	
4	Dipirona, 1 AMPOLA, EV DE 6/6 horas	
5	PROFENID, 100MG, EM 100ML DE SF 0,9%, EV, 12/12 HORAS S/N	
6	TRAMAL, 100MG, DILUIDO EM 100 ML DE SF, EV, SE FORTE DOR ATE DE 6/6 HORAS	
7	Plasil: 01amp + 18ml AD, EV de 8/8 horas (SOS)	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS >160 OU PAD>100	
9	CLEXANE, 40MG, SC, 1 X AO DIA OU HEPARINA, 5000 UI, SC, DE 12/12 HORAS	
10	Glicemia Capilar de 6/6 horas (ACM)	
11	Insulina Regular, SC, conforme glicemia capilar (mg/dl): < 200: 0 201-250: 02 UI 251-300: 04 UI 301-350: 06 UI 351-400: 08 UI > 400: 10UI	
12	Glicose 25% 60 ml IV in bolus se glicemia < 70 mg/dl (comunicar plantonista)	
13	CONTROLE DOS SINAIS VITAIS DE 6/6 HS	
14	MUDANÇA DE DECUBITO	
15	CURATIVO DIÁRIO, S/N	
16	<i>Fenotiazina 100mg, VO de 12/12 horas, qd</i>	
17	<i>IV dextrose 5% qd. CP cardiológico</i>	
18	<i>Regulando</i>	
19		
20		
21		

*Naime Vasconcelos de Menezes
Assinatura Médica
CREMESE 3845*

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

**HUSE**

Hospital de Urgências de Sergipe

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Leito:

V818
L-15**EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA**

Nome: Jean Vitorio Marques 02-617745 Nº do Registro: 196317
 Origem: BOQUEIRÃO Data Internação: 1/1/19 Data Cirurgia: 1/1/19
 Idade: 66 Sexo: Causa: Médico(a):
 Acidente: Cirurgia:

CID 10:

Diagnósticos:

Fratura do fêmur tronco varo (D)

Data da Prescrição:

27/07/19
DPO

Forma de Internação:

Evolução de hoje:

Apurado escorvo pré-operatório
Alívio na artrose cervical cargo logo 02 risco operatório

"Continuação Vida Vaca"

1- Dieta:	ad lib	Horários	Verbal
2- Flunidacort 100 mg (10 comp. 1H/12hs)	22 22 28 10 2		
3- Sol. Etodolac 0,9% 1.500 mg ad lib/hs	500		
4-	28 10 2		
5- Dipirona 2 ml - AD 18 ml SF EV de 6/6 horas SOS :	12 505		
6- <input type="checkbox"/> Omeprazol 40 mg - 01 amp EV 01 vez ao dia / <input checked="" type="checkbox"/> Ranitidina 25 mg/ml - 1 ml EV 02 vezes ao dia	28 06		
7- Cetoprofeno (Profenid) 100 mg - AD 100 ml SF de 12/12 horas, EV <input type="checkbox"/> SOS <input checked="" type="checkbox"/> De Horário	21 25 02		
8- Tramadol (Tramal) 100 mg-AD 100 ml SF de 8/8 horas EV <input checked="" type="checkbox"/> SOS <input type="checkbox"/> De Horário	605		
9- Metoclopramida (Plasil) amp de 2 ml - AD 18 ml de SF EV de 6/6 horas SOS	505		
10- Insulina Regular (sub-cutânea) - esquema conforme resultado de glicemia capilar (mg/dl) de 6 em 6 horas antes das refeições :			
70 a 150 = zero UI, 151 a 200 = 2 UI, 201 a 250 = 4 UI, 251 a 300 = 6 UI, 301 a 350 = 8 UI, 351 a 400 = 10 UI - Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).			
11- Captopril comp. 25 mg VO, se TA máxima > 160 e ou TA mínima > 100 mmHg	605		
12- <input type="checkbox"/> Heparina Sódica 5000UI, 01 ml SC 02 x ao dia / <input checked="" type="checkbox"/> Clexane 40 mg SC 01 x ao dia	20		
13- Fisioterapia: Motora () Respiratória ()			
14- Controle dos dados vitais	7/7		
15- Curativo diário das lesões			
16- Limpeza rigorosa das hastes do Fixador Externo			

Obs : EV = Endovenosa, - AD = Adicional; - SC = Sol. Fluido/sol a 0,9% - SOS = Se necessário, TA = Tensão Arterial, UI = Unidades Internacionais.

Checagem de exames para o pré-operatório

Imagem de controle	Rx	Solicitação	Resultado	
Laboratoriais	Pré-operatório	27/07/19 *		
Exames gráficos	ECG/ECOCARDIO			
Outros:	TOPOGRAFIA			
		Revisão		

Dr. Paulo Sergio Moraes
CONSELHEIRO TUTELAR

**HUSE**

Hospital de Urgências de Sergipe

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Leito:

VT1

L-15

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICANome: JOSE ACOSTA MUNIZES JR 7745Nº do
Registro:

185145

Origem: _____

Data
Internação: 1/1Data
Cirurgia: 1/1Idade: 66Sexo: MCausa
Acidente: _____Médico(a)
Cirurgia: _____

CID 10:

Diagnóstico:

TR4M01 Fractura ribular lateral (D)

Data da Prescrição:

21/04/19
07 DP0
Término da Internação

Evolução de hoje:

Agudizado agudizado

"Continuação Vida Real"

1- Dieta:

oral líquido

Horários

2-

Fenoxibutazone 100 mg VO de 12/12h

22 10

3-

5- Dipirona 2 ml - AD 18 ml SF EV de 6/6 horas SOS :

SOS 24

6- Omeprazol 40 mg - 01 amp EV 01 vez ao dia / Ranitidina 25 mg/ml - 2 ml EV 02 vezes ao dia

06 18

7- Cetoprofeno (Profenid) 100 mg - AD 100 ml SF de 12/12 horas, EV SOS De Horário

02 14

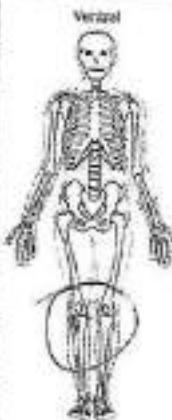
8- Tramadol (Tramal) 100 mg - AD 100 ml SF de 8/8 horas EV SOS De Horário

SOS

9- Metoclopramida (Piasil) amp de 2 ml - AD 18 ml de SF EV de 6/6 horas SOS

SOS

10- Insulina Regular (sub-cutânea) - esquema conforme resultado da glicemia capilar (mg/dl)

de 5 em 6 horas antes das refeições:
70 a 150 = zero UI, 151 a 200 = 2 UI, 201 a 250 = 4 UI, 251 a 300 = 6 UI, 301 a 350 = 8 UI,
351 a 400 = 10 UI - Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).

11- Captopril comp. 25 mg VO, se TA máxima > 160 e ou TA mínima > 100 mmHg

12- Heparina Sódica 5000UI, 01 ml SC 02 x ao dia / Cloxacil 40 mg SC 01 x ao dia

13- Fisioterapia: Motora () Respiratória ()

14- Controle dos dados vitais 110

15- Curativo diário das lesões _____



16- Limpeza rigorosa das hastes do Fixador Externo _____



Obs: EV = Endovenosa, -AD = Admistração, -SF = Sol. Fisiológica a 0,9%, -SOS = Se necessário, TA = Tensão Arterial, UI = Unidades Internacionais.

Checagem de exames para o pré-operatório

Imagem de controle	Rx	Solicitação	Resultado	
Laboratoriais	Pré-operatório	21/04/19 *		
Exames gráficos	ECG/ECOCARDIO	1/1		
p. 38				
Outros:	Tomografia	1/1	Guaro	21

11/04/19

21/04/19



V7 1 9
L-15

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA

Nome: JONE ARAUJO M. REFRIGERIO

Nº do
Registro:

185145

Origem:

Data

Internação:

Data

Cirurgia:

Idade: 66

Sexo:

Causa

Acidente:

Médico(a)

Cirurgia:

CID 10:

Diagnóstico:

FRACTURA PERTÔ DIREITO M42.24C (D)

Data da Prescrição:

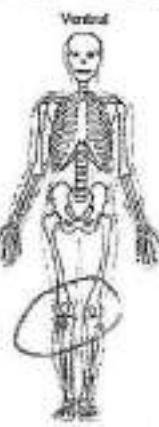
10/03/17
DPO

Turno de Internação:

Evolução de hoje:

pré-operatório completo
após anestesia euf

Continuação Vida Vaca

1- Dieta: <u>def fri</u>	Horários	
2- <u>metoclopramida 100mg VO de 12/12</u>	<u>22</u> <u>10</u>	
3- _____		
4- _____		
5- Dipirona 2ml - AD 18ml SF EV de 6/6 horas SOS :		
6- <input type="checkbox"/> Omeprazol 40mg - 01 amp EV 01 vez ao dia / <input checked="" type="checkbox"/> Ranitidina 25mg/ml - 2ml EV 02 vezes ao dia	<u>06</u>	
7- Cetoprofeno (Profenid) 100mg - AD 100ml SF de 12/12 horas, EV <input type="checkbox"/> SOS <input checked="" type="checkbox"/> De Horário	<u>04</u>	<u>04</u>
8- Tramadol (Tramal) 100mg - AD 100ml SF de 8/8 horas EV <input type="checkbox"/> SOS <input checked="" type="checkbox"/> De Horário	<u>00</u>	<u>00</u>
9- Metoclopramida (Piasil) amp de 2ml - AD 18ml de SF EV de 6/6 horas SOS		
10- Insulina Regular (sub-cutânea) - esquema conforme resultado de glicemia capilar (mg/dl) de 8 em 8 horas antes das refeições : 70 a 150 - zero UI, 151 a 200 = 2 UI, 201 a 250 = 4 UI, 251 a 300 = 6 UI, 301 a 350 = 8 UI, 351 a 400 = 10 UI - Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).		
11- Captopril comp. 25mg VO, se TA máxima > 160 e ou TA mínima > 100 mmHg		
12- <input checked="" type="checkbox"/> Heparina Sódica 5000UI, 01 ml SG 02 x 00 dia / <input type="checkbox"/> Clexane 40mg SC 01 x 00 dia		
13- Fisioterapia: Motora () Respiratória ()		
14- Controle dos dados vitais <u>AT</u>		
15- Curativo-diártio das lesões		
16- Limpeza rigorosa das hastes do Fixador Externo		

Obs : EV = Endovenosa - AD = Adicionar - SF = Sol. Fisiológica a 0,9% - SOS = Sustentáculo, TA = Tensão Arterial, UI = Unidades Internacionais.

Checkagem de exames para o pré-operatório

Imagem de controle	Rx	Solicitação	Resultado	
Laboratoriais	Pré-operatório	<u>11</u>	<u>143-14.0</u>	 Dr. Pedro Sérgio Ribeiro CRM-SP 1143
Exames gráficos	ECOCARDIO	<u>11</u>	<u>143</u>	 Dr. Pedro Sérgio Ribeiro CRM-SP 1143
Outros:	RENOGRAFIA	<u>11</u>	<u>143</u>	 Dr. Pedro Sérgio Ribeiro CRM-SP 1143



ORTOPEDIA

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO DIÁRIA

DH₂⁺

DATA: 02/03 / 2019.

CORREDOR: catástrofe / orto / central

NAME: José Meizio Santos Faria

LEITO: Msc. 45

A VT 1

DIAGNÓSTICO(S): FRATURA PLANO TIBIAL L6T. 1º FER. D

Evolução do período passado:

Hoje: humor, M&D, plan, fórmula, tudo para a H. Cine, in
mídia (??)

Solicitações :

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)		Horários de Administração
1º. Dieta RICA EM FIBRA		
2º. SOT. FISIOLOGICA 0,9%	MEU PUNHOS	
D 3º. KEFLIN 1G EV 6-6HS OU KEFAZOL 1G EV 8-8HS		
D 4º. GENTAMICINA 240MG /200ML EV 1X AO DIA		
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 30gts VO 6/6hs	60	08hs
6º. Nauseodron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS	10hs
7º. Omeprazol 40mg VO às 6hs OU ANTAK 150 VO 12-12HS	08	
8º. Tramal 50mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VD 8/8hs	SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs	100	10hs
10º. Captopril 25mg Sub lingual se PAS > 180 mmHg ou PAD > 100 mmHg	SOS	
11º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia		10hs
12º. GLICEMIA CAPILAR 3x ao dia (anotar)	-NÃO-	6hs: 10hs: 22hs:

13º Insulina Regular SC, após o GLICEMIA CAPILAR

201-250: 02 UI

301-350-0611

251-300:04UJ

351-400-0801

> psu = 401:1001

14º. Curativos Diárticos 1x dia COM SE 0,8%

15º GLICOSE 50% 4 AMPOLAS EM 250ML SF0,9% EV SE GLICEMIA CAPILAR MENOR OU IGUAL A 70MG-DL	
16º FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	
17. MEDIDAS ANTI ULCERA DE PRESSAO	
18. MANTER MEMBRO FRATURADO ELEVADO	
19. LAVAGEM INTESTINAL COM 500ML SOL GLICERINADA: GOTA/GOTA	SOS

20. LUFTAL 25 GOTAS VO 8-8HS

21. CLONAZEPAM GOTAS : 10 GTS VO A NOITE

22. RISCO CIRÚRGICO COM A CARDIOLOGIA (sem efeitos)

22. WHICH EXTENDED COMORBIDITIES (SEMI-CODED)

23 - Two small eggs in shell

DR. JOAO FRANCISCO BE ARAUJO CRM 2801 TEOT 5508 – ORTOPEDIA CLINICA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO
VERDE TRAUMA



Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME José M. Freitas **LEITO** 15 **IDADE** 66 anos **DATA** 03/03/2019
DIAGNÓSTICO Fractura de fêmur.
EVOLUÇÃO

Paciente está inconsciente no leito.
 febre: () fiosse: () dor: () dispneia: () astenia: () vômitos: () diarreia: () edema: ()
 sede: () apetite: () diurese: () defecções: ()
1a c vam.

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE, VO.	
2	Dipirona, 1 AMPOLA, EV DE 6/6 horas	04 06 12 13
3	PROFENID, 100MG, EM 100ML DE SF 0,9%, EV, 12/12 HORAS S/N	405
4	TRAMAL, 100MG, DILUIDO EM 100 ML DE SF, EV, SE FORTE DOR, ATÉ DE 6/6 HORAS	06
5	Platil: 01amp + 18ml AD, EV de 8/8 horas (SOS)	06
6	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS >160 OU PAD>100	06
7	CLEXANE, 40MG, SC, 1 X AO DIA OU HEPARINA, 5000 UI, SC, DE 12 HORAS	06 10
8	Glicemia Capilar de 6/6 horas (ACM)	26
9	Insulina Regular, SC, conforme glicemia capilar (mg/dl): < 200: 0 201-250: 02 UI 251-300: 04 UI 301-350: 06 UI 351-400: 08 UI > 400: 10UI	
10	Glicose 25% 60 ml IV in bolus se glicemia < 70 mg/dl (comunicar plantonista)	
11	CONTROLE DOS SINAIS VITAIS DE 6/6 HS	
12	MUDANÇA DE DECUBITO	
13	CURATIVO DIÁRIO, SN	
14		M
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	S _O 2	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						



NOME LETTO **IDADE** anos **DATA** 2019

DIAGNÓSTICO *Colitis ulcerosa*

EVOLVED

1.8 7.00 CHEMSE 2845

ITEM	PRESCRIÇÃO	CREMESE 2846	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE, VO,		
2	Dipirona, 1 AMPOLA, EV DE 6/6 horas		
3	PROFENID, 100MG, EM 100ML DE SF 0,9%, EV, 12/12 HORAS S/N		
4	TRAMAL, 100MG, DILUIDO EM 100 ML DE SF, EV, SE FORTE DOR, ATE DE 6/6 HORAS		
5	DIAZEPAM 10MG AD. EV DE 6/6 horas (SNC)		
6	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS >160 OU PAD>100		
7	CLEXANE, 40MG, SC, 1 X AO DIA OU HEPARINA, 5000 UI, SC, DE 12/12 HORAS		
8	Glicemia Capilar de 6/6 horas (ACM)		
9	Insulina Regular, SC, conforme glicemia capilar (mg/dl): < 200: 0 201-250: 02 UI 251-300: 04 UI 301-350: 06 UI 351-400: 08 UI > 400: 10UI		
10	Glicose 25% 50 ml IV <i>in bolus</i> se glicemia < 70 mg/dl (comunicar anestesiologista)		
11	CONTROLE DOS SINAIS VITAIS DE 6/6 HS		
12	MUDANÇA DE DECUBITO		
13	CURATIVO DIARIO, S/N		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

Nome do Paciente: José Borges Mendes da Freita

Página nº

Unidade de Produção:

Leito:

Idade:

Sexo:

DATA

HORA

HISTÓRICO

21 FEVEREIRO 2019

Plano preventivo UPD de Borges e/ou bate de
acabou de entrar e bateu de bate. Tudo em geral (0)
AF: de lat; M: 2/2, -, h 1/4, de lat/lat
pulm OK

Exames (0): Et: plenito lat/lat e inf/inf
Bex: no b excret. Vag: utige e diger/traum
Bex: abnig = Volutaria (Nephritis).

Di: Infecção urinária

Medic: H/inf abnig

bolha pr-ny

Dr. Leonardo Tonello
Ortopedista e Reumatologista
CRM: 22.100

23/02/19. Res endoscópico - nexo excretor

II Resumo proposito - Fístula fáctica

II-Res. 15, 00 7.06pm Data: -150 PR: 22.2mm

BOL: 1 gema 1 enz e fuso (cripto)

II Bex: B0 23 PR 42 VEG 6x36 PR: 663 PSBD: 3100ug

III Lax: 1000mg importante

II Bex: 1000mg importante

~~II Bex: nexo excretor~~

Dr. Leonardo de Oliveira
Ortopedista e Reumatologista
CRM: 22.100
SEIC / ANB
CRM: 3793 - SB

HUSE

LAUDO DO ECOCARDIOGRAMA

29

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGipe

NOME: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

IDADE: 66 ANOS

SETOR: TRAUMA

DATA: 25/02/2019

AO = 27mm	VED = 56mm	SEPT0 = 10mm	FE = 66%
AE = 42mm	VES = 36mm	PPOST = 11mm	ΔD 36%

DESCRÍÇÃO:

- ✓ Exame realizado com paciente em ritmo regular
- ✓ Presença de cavidades cardíacas que estão dentro da normalidades. Com aumento discreto do AE
- ✓ O miocárdio apresenta espessamento normal.
- ✓ A função sistólica do ventrículo esquerdo encontra-se preservada em repouso.
- ✓ A análise do fluxo diastólico apresenta padrão de déficit de relaxamento
- ✓ Onda E'septal=0,03 onda E'lateral=0,07
- ✓ Valva mitral apresenta calcificação do anel e folhetos. Com discreta insuficiência ao Doppler colorido
- ✓ Valva tricúspide com refluxo de grau discreto ao Doppler colorido com PAD= 10mmHg e PSAP estimada 31 mmHg.
- ✓ Valva aórtica apresenta calcificação dos folhetos. Com gradiente máximo de 09mmHg
- ✓ O pericárdio é normal..

CONCLUSÃO :

- ✓ VENTRÍCULO ESQUERDO COM FUNÇÃO SISTÓLICA GLOBAL e SEGMENTAR PRESERVADA EM REPOUSO.
- ✓ DISFUNÇÃO DIASTÓLICA DO VE DE GRAU DISCRETO OU TIPO I (DÉFICIT DE RELAXAMENTO)
- ✓ INSUFICIÊNCIA TRICÚSPIDE DE GRAU DISCRETO.
- ✓ INSUFICIÊNCIA MITRAL DE GRAU DISCRETO.
- ✓ CALCIFICAÇÃO DA VALVA AÓRTICA E MITRAL.

Drº Ana Luiza de L. Couto – CRM 1943

Drº Ana Luiza de L. Couto
Especialista em Cardiologia
e Ecocardiografia
CRM/SE 1943

FICHA DE ATENDIMENTO - Nº:

Reservado ao Setor de Arquivamento

X 165197

DATA: 21/11/10 HORA: 10:46

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ALVINO MARQUES FRANÇA
 RG: 290-5096 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 29/11/1952 IDADE: 66
 NOME DA MÃE: MARIA M. FRANÇA
 CARTÃO DO SUS: PROFISSÃO: Vendedor TELEFONE: 99654006
 ENDEREÇO: Rua José Góes Centro R. 19

ACOLHIMENTO

BUSCA ESPONTÂNEA PSF SAMU VT - MUNICÍPIO OUTRO

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Queixa/motivo que levou a procurar o pronto socorro: Visita de rotina de rotina
sentido doce no M.D.

SINAIS E SINTOMAS

- | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Dispneia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Cefaleia | <input type="checkbox"/> Odinofagia | <input type="checkbox"/> Dor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Astenia | <input type="checkbox"/> Êmese | <input type="checkbox"/> Dor torácica | <input type="checkbox"/> Dor de dente | <input type="checkbox"/> Ferimento |
| <input type="checkbox"/> Disúria | <input type="checkbox"/> Prurido | <input type="checkbox"/> Exantema | <input type="checkbox"/> Otalgie | <input type="checkbox"/> Lombalgia | <input type="checkbox"/> Epigastralgia | <input type="checkbox"/> Sangramento |

DADOS VITais

PA: 141x82 Temp.: _____
 FC: 80 Peso: _____
 Sat. Oz: 96 Glicemia: _____
 FR: _____ Outros: _____

AZUL VERDE AMARELO VERMELHO

HISTÓRIA PREGRESSA

DM: Sim Não
 HAS: Sim Não
 Alergia: Sim Não
diabetes, náuseas

MEDICAÇÃO EM USO

medicamentos usuais

Antônio Alves Santos
Auxiliar de Enfermagem
ESPERA/AGENDA: 113

HORA: 10:46

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: Fora na praia quando sentiu dor de barriga
há 2 horas de a dor não -

Exame Físico: BOL

Exames Complementares:

Hipótese Diagnóstica: frase

AZUL VERDE AMARELO VERMELHO HORA: _____

MÉDICO

PREScrição MÉDICA

11:35

- 1) 1 x por dia Paracetamol 500 mg
 2) 1 x por dia Dipironone 600 mg
 3) Até 1 x dia Saboroso 1000 mg
 Ao contraponto nos HUGO

Gladison Santos Ramos
 MÉDICO
 CRM-SE 3292

063837

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

11:35: Alvedo subiu com D.O.G. e administrado
 medicina. Sem RX na cax. 063837

CONDUTA FINAL

- ALTA MELHORADO
- ALTA A PEDIDO (TERMO DE RESPONSABILIDADE)
- TRANSFERÊNCIA/LOCAL: _____
- EVASÃO
- ÓBITO

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____ MÉDICO

**HUSE**

Hospital de Urgências de Sergipe

Fundação
Hospitalar
de Saúde

L-15

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICANome: José Acofi M. J. FERREIRANº do
Registro:

185145

Origem: _____ Data
Internação: / /Data
Cirurgia: / /Idade: 66 Sexo: _____ Causa
Acidente: _____Médico(s)
Cirurgia: _____

CID 10:

Diagnóstico:

FRACTURA PUGILAR DIREITA L4/5/6 (D)

Data da Prescrição:

10/03/19
DPO

Data de Internação:

Evolução de hoje: pré-operatório completo
após 24h operatório agudo

"Continuação Verso Verso"

1- Dieta: <u>sem fibra</u>	Horários	
2- <u>Fluoxetina 100 mg VO de 12/12</u>	02 10	
3- _____		
4- _____		
5- Dipirona 2 ml - AD 18 ml SF EV de 6/6 horas SOS :		
6- <input checked="" type="checkbox"/> Oniprazol 40 mg - 01 amp EV 01 vez ao dia / <input checked="" type="checkbox"/> Ranitidina 25 mg/ml - 2 ml EV 02 vezes ao dia	08 06	
7- Cetoprofeno (Profenid) 100 mg - AD 100 ml SF de 12/12 horas, EV <input checked="" type="checkbox"/> SOS <input checked="" type="checkbox"/> de Herdade	04 02	
8- Tramadol (Tramal) 100 mg-AD 100 ml SF de 8/8 horas EV <input checked="" type="checkbox"/> SOS <input checked="" type="checkbox"/> de Herdade	00 3	
9- Metoclopramida (Plasil) amp de 2 ml - AD 18 ml de SF EV de 6/6 horas SOS		
10- Insulina Regular (sub-cutânea) - equívoco conforme resultado da glicemia capilar (mg/dl) de 6 em 6 horas antes das refeições: 70 a 150 = <u>zero UI</u> , 151 a 200 = <u>2 UI</u> , 201 a 250 = <u>4 UI</u> , 251 a 300 = <u>6 UI</u> , 301 a 350 = <u>8 UI</u> , 351 a 400 = <u>10 UI</u> - Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).		
11- Captopril comp. 25 mg VO, se TA máxima > 160 e ou TA mínima > 100 mmHg		
12- <input checked="" type="checkbox"/> Heparina Sódica 5000UI-01 ml SG-02 x 00 dia / <input checked="" type="checkbox"/> Gleoxate 40 mg SG 01 x 00 dia		
13- Fisioterapia: Motora () Respiratória ()		
14- Controle dos dados vitais <u>HT</u>		
15- Curativo diário das lesões		
16- Limpeza rigorosa das hastes do Fixador Externo		

Obs: EV = Endovenoso, -AD = Adicionar, -SF = Sol. Fisiológico 0,9%, -SOS = Se necessário, TA = Tensão Arterial, UI = Unidades Internacionais.
Checagem de exames para o pré-operatório:

Imagem de controle	Rx	Solicitação	Resultado
Laboratoriais	Pré-operatório	/ /	<u>145-14.0</u>
Exames gráficos	<u>ECG</u>	/ /	
Outros:	<u>ROMEO</u>	/ /	<u>ferro</u>

Dr. Pedro César Alves
Cirurgião DPO

LAUDO DO ECOCARDIOGRAMA

HUSE

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

NOME : JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

IDADE : 66 ANOS

SETOR: TRAUMA

DATA 25/02/2019

AO = 27mm	VED = 56mm	SEPTO = 10mm	FE = 66%
AE = 42mm	VES = 36mm	PPOST = 11mm	ΔD 36%

DESCRICAÇÃO:

- ✓ Exame realizado com paciente em ritmo regular
- ✓ Presença de cavidades cardíacas que estão dentro da normalidades. Com aumento discreto do AE
- ✓ O miocárdio apresenta espessamento normal.
- ✓ A função sistólica do ventrículo esquerdo encontra-se preservada em repouso.
- ✓ A análise do fluxo diastólico apresenta padrão de déficit de relaxamento
- ✓ Onda E septal = 0,03 onda E lateral = 0,07
- ✓ Valva mitral apresenta calcificação do anel e folhetos. Com discreta insuficiência ao Doppler colorido
- ✓ Valva tricúspide com refluxo de grau discreto ao Doppler colorido com PAD = 10mmHg e PSAP estimada 31 mmHg.
- ✓ Valva aórtica apresenta calcificação dos folhetos. Com gradiente máximo de 09mmHg
- ✓ O pericárdio é normal..

CONCLUSÃO :

- ✓ VENTRÍCULO ESQUERDO COM FUNÇÃO SISTÓLICA GLOBAL e SEGMENTAR PRESERVADA EM REPOUSO.
- ✓ DISFUNÇÃO DIASTÓLICA DO VE DE GRAU DISCRETO OU TIPO I (DÉFICIT DE RELAXAMENTO)
- ✓ INSUFICIÊNCIA TRICÚSPIDE DE GRAU DISCRETO.
- ✓ INSUFICIÊNCIA MITRAL DE GRAU DISCRETO.
- ✓ CALCIFICAÇÃO DA VALVA AÓRTICA E MITRAL.

*Relatório*Dr^a Ana Luiza de Lucena Couto - CRM 1943

Dra. Ana Luiza de L. Couto
Especialista em Cardiologia
e Ecocardiografia
CRMSE 1943



	Medir	Interpolado	Relação	INR	Comentários
COAGULOGO MARCHESI					
DG-APTT (s)	20,6 s		0,92 r		FI
DG-PT (s)	15,2 s	89,8 %	1,06 r	1,07 INR	(B) FI

Yrys R. Albuquerque Santos
Biomédica
CRBM: 2166

- Amostra identificada manualmente (I-D)
- (I) Resultado revisado sem usar qualquer
- (B) Há exace
- (C) CN Cancelado
- (A) Produto identificado manualmente
- (C) Erro de CV
- (B) Resultado fora do intervalo de normalidade
- (D) FV Revisado
- (B) Curva de calibração editada manualmente
- (D) Duplicado
- (B) Teste não validados
- (E) PR Encaminhamento
- (P) Produto variado
- (D) Repetição
- (D) Repetição
- (E) Exceção

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1863170

DATA: 21/02/2019 HORA: 16:32 USUARIO: ACFERREIRA

CNS: 702400025049176 SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS
 IDADE: 66 ANOS. NASC: 29/12/1952
 ENDERECO: RUA ZINHO ELECTRICISTA
 COMPLEMENTO: Bairro: CENTRO
 MUNICIPIO: BOQUIM
 NOME PAI/MAE: MANOIL CEZARIO DE FREITAS /IZAELDES MARQUES DE FREITAS
 RESPONSAVEL: LENIVALDO - ENTREADO
 PROCEDENCIA: BOQUIM
 ATENDIMENTO: TRAUMA
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO
 PLANO DE SAUDE: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: /

Parte p/nt d VPA deng d histam d auct mts a brach
 br. Tm a p/nt d. Et d. Id. Mascul, mto d. Id. Id.

ANALISES DA ENFERMAGEM:

0.

DIAGNOSTICO: Pt. plant. d. d. d. e. d. d.

ELETROCARDIOGRAMA
 EXAME(S) REALIZADO(S)
 DATA: 25/02/19
 HORARIO: 13:30
 TECNICO: [Signature]

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICAO
- M. joelho d. d.	10:00 AM
- X. p/nt d. d. d.	10:00 AM
Cl. Atm d. d. d.	

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INSTITUICAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OB: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

EXAMES REALIZADOS: [] DESISTENCIA

TÉCNICO: HONORIO MELO

REGISTRO: Joelho d.

DATA: 25/02/19

HORARIO: 10:00 AM

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ECOCARDIOGRAMA

EXAME(S) REALIZADO(S)

EXAME DE RADIODIAGNOSTICO

RECEBIDO EM: 21/02/19

AS: 16:10

Data: 25/02/19

Horário: Tarde

Médico: Dr. H. L. M.

DR. JOSE ROBERTO
 ORTOPEDICO
 CRM: 16.5130

Nome do Paciente:

José Silveira Menezes da Cunha

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA:

21 FEVEREIRO 2019

Painel: paciente do UPA de Aracaju e/ou leito da
unidade de int e traumat UPA. Tinha em gesto (1)
AF: da lhd, Mr. Valti, h. 14, de lhd.
pmb 02

Exame (1): St. plumb lhd e ap. lhd

lhd m. d. quadriplegia. Nog. abdg. e cprm / traum
lhd abdg. = Volturno (Narbfm).

Di. lhd abdg. m. m. lhd

int. m. d. abdg.

lhd m. m. lhd

Dr. Leonardo Tocino
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 007730

22/02/19

Res. radiologia - resco exame(s)

IT: renorres proposito - Fratura T12/L1

IT: lhd. m. d. 200g. Stm - 150 PR. 220m

BD: 1% gms 1000 infusão (saptol)

IT: ECG: Dd 27 PR 42 V106x36 FA: 656 P500: 310ms

IT: lhd / lhd m. d. importante

IT: lhd. m. d. exame(s) m.

IT: Bact. resco exame(s) m.

Marcelo Menezes de Oliveira
Ortopedista
SOCIAMB
CRM 9765-95

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

NOME: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

IDADE: 66 ANOS

SETOR: TRAUMA

DATA: 25/02/2019

AO =27mm	VED =56mm	SEPTO =10mm	FE =66%
AE =42mm	VES =36mm	PPOST= 11mm	AD 36%

DESCRÍÇÃO:

- ✓ Exame realizado com paciente em ritmo regular
- ✓ Presença de cavidades cardíacas que estão dentro da normalidades. Com aumento discreto do AE
- ✓ O miocárdio apresenta espessamento normal.
- ✓ A função sistólica do ventrículo esquerdo encontra-se preservada em repouso.
- ✓ A análise do fluxo diastólico apresenta padrão de déficit de relaxamento
- ✓ Onda E/septal=0,03 onda E/lateral=0,07
- ✓ Valva mitral apresenta calcificação do anel e folhetos. Com discreta insuficiência ao Doppler colorido
- ✓ Valva tricúspide com refluxo de grau discreto ao Doppler colorido com PAD= 10mmHg e PSAP estimada 31 mmHg.
- ✓ Valva aórtica apresenta calcificação dos folhetos. Com gradiente máximo de 09mmHg
- ✓ O pericárdio é normal..

CONCLUSÃO :

- ✓ VENTRÍCULO ESQUERDO COM FUNÇÃO SISTÓLICA GLOBAL e SEGMENTAR PRESERVADA EM REPOUSO.
- ✓ DISFUNÇÃO DIASTÓLICA DO VE DE GRAU DISCRETO OU TIPO I (DÉFICIT DE RELAXAMENTO)
- ✓ INSUFICIÊNCIA TRICÚSPIDE DE GRAU DISCRETO.
- ✓ INSUFICIÊNCIA MITRAL DE GRAU DISCRETO.
- ✓ CALCIFICAÇÃO DA VALVA AÓRTICA E MITRAL.

Drª Ana Luiza de Lucena Couto - CRM 1943

Drª Ana Luiza de L. Couto
Especialista em Cardiologia
e Ecocardiografia
CRMSE 1943

LIB/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1863170 DATA: 21/02/2019 HORA: 16:32 USUARIO: ACFASCREIA
CNS: 20240025049170 SETOR: 05-ORTOPEDIA

140005092170
 IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME : JOSE ALCIZIO MARQUES DE FREITAS
 IDADE: 66 ANOS. NASC: 29/12/1952
 ENDERECO: RUA ZINHO ELETRICISTA
 COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO: BOQUIM
 NOME PAI/MAE: MANOEL CEZARIO DE FREITAS /IZAILDDES MARQUES DE FREITA
 RESPONSAVEL: LENIVALDO - ENTENDO
 PROCEDENCIA: BOQUIM
 ATENDIMENTO: TRAUMA
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO
 PLANO DE SAUDE....: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 UF: SE CEP...:
 TEL...: 79.9966
 578
 TRAUMA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: RAIO X SANGUE URINA TC
 LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA

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

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

DADOS CLÍNICOS:

Parte frontal d' UPS long d' histoire d' arthrite sans épisodes
de TIA ou d' infarctus. Et d' inf. Myocard. ^{l'infarctus} d' infarctus de l'art.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

ELÉTROCARDIOGRAMA
EXAMÍNIS(S) REALIZADO(S)
DATA: 15/02/19
HORÁRIO:
TÉCNICO:

DIAGNOSTICO: P. plantarum + report

PRESCRIÇÃO

i HORARIO DA MEDICAC

- **Joelso D** Mfp
- **Jones D** Mfp

DET. LA SAIDA: / /

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OB/NO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

~~HUSENATURA E CARIMBO DO MEDICO~~

ECOCARDIOGRAMA

EXAME(S) REALIZADO(S)

Date: 25/02/10

Horário: 10

Horario: desde -

Mexico: His no. 1, + "10

p. 53

Nome do Paciente:

José Siqueira Mendes da Freitas

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA:

21 FEVEREIRO 2019

Ponto preventivo UPD de Siqueira Mendes da Freitas
acabou de entrar e trazendo: 1.º Tumor no fundo (1)
AF: da laringe, Mr. Valti - , h. 14, de branco
ponto 02

2.º ponto (2): AF: placode laringe - af. branco

af. branco de fundo. Voz aberta e aguda / voz suave
af. aberta = Voz suave (Velofaringe).

CD: laringe e mtf

mitra II e III amig

bolhas pnt - 4

Dr. Leonardo Tondato
Cirurgião e Reabilitador
Data: 25/02/2019

22/02/2019 Res. laryngofaringo - nexo esofágico

AF: Ressecção proposita - Frontal Total

AF: 100x10, Dc. 706pm Sono - 150 PR: 220ms

Boa P. gmo 100W inferior larynx

AF: 100x10, Dc. 72 PR: 42 VE: 06x36 Dc. 653 PR: 311ms

DD: liga 100% larynx importante

AF: 100x10 esofago 10x

AF: Borda nexo esofágico

Assinatura: 
Dr. Leonardo de Oliveira
Cirurgião e Reabilitador
SEC I AMB
OPM SPES - SE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: João Aloísio Marques de Freitas
 IDADE: 66 GÉNERO: M REGISTRO: 1079435 UNIDADE: Ortopédia 1

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

Assinatura e identificação

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
DATA: 13:00 h 18:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Absente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes			<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

Assinatura e identificação

16:30 Paciente admitido neste setor proveniente da Urgência Ortopédica, consciente, orientado, segue seu repouso no leito. P.T. Abdômen. S.V. Fertilizado, peso 70Kg, tamanhos ap. N.º 20. medicamento: 18:00 Admitido suspeito de fratura de V. Cervical, prescrição médica: + referido dia.

Assinatura e identificação
Assinatura e identificação

DATA: 18/09/18 HORA: 07:00 h	1-MORFO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input checked="" type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desambulante <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado	
	4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Dolorosa		5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes	8-EMGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Anorexico			
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes	Alterações nas fezes:			
10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Arde <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:			

19. *caixa seca e seca se aderir ao teto do esôfago, nem fizer famílias*
 20. *ADM. Volume grande se difundido fome*
 21. *ADM. Cardíaca*
 22. *ADM. Diplopia*
 23. *ADM. Obstruções*

Observe: ADM. A personalizar como parágrafo

NOME: José Cláudio Marques de Farias
 IDADE: 66 LEITO: D1 REGISTRO: 1079435 UNIDADE: ORTO 1

DATA: 04/03/19 1-BIOTIPO: Cequético Eutrófico Obeso

2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

07:00 h 13:00 h

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

vezes

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxica

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas Presente: vezes

Dor Ardo Dificuldade Alterações na urina:

07h Paciente no leito. Fazendo seu sono segue aos cuidados de equipe
 08h Bem-te-servi. Satisfeita
 09h Engasgando os fôtons de aspirado
 10h Dentes brancos aparentes
 12h Fazendo seu sono e está
 14h Bem-te-servi. Pode se mover
 16h Segue aos cuidados de equipe

Hospital São Lucas - Belo Horizonte
 Avenida Presidente Tancredo Neves, 8621/29
 31910-000

DATA: 04/03/19

1-BIOTIPO: Cequético Eutrófico Obeso

2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

13:00 h 19:00 h

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

vezes

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anoréxica

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: horas Presente: vezes

Dor Ardo Dificuldade Alterações na urina:

13h Paciente no leito em decúbito lateral marra este
 14h Segue aos cuidados de equipe
 15h Paciente bem tranquilo
 16h Paciente continua bem tranquilo
 17h Paciente calmo
 18h Paciente sente dor, administrado medicina SOS
 19h Paciente em estetocardiograma segue alta da sala

Hospital Universitário de Belo Horizonte
 Manoel de Oliveira 126 - Centro
 31910-000

DNA-03-14

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso				2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional				3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilidade								
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso				5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível				6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não								
19:00 h	07:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero				vezes	8-INTIMAÇÃO: <input type="checkbox"/> Autonômica <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexica									
9-EVALUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero				vezes	Alterações nas fezes:											
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes				<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade				Alterações na urina:								

14:00 Paciente no leito em decúbito dorsal, relaxado, orientado, conversante, evpneico, paciencia, ansiedade. Em uso de balão hidroônico.
 20:00 Paciente no leito sem queixas sobre o movimento.
 21:00, Administração, Clonazepam 4,0 mg sc, contorno periorbita media.
 Aceitou o banho oferecido pela equipe de enfermagem.
 24:00 Paciente dormindo no leito sem queixas.
 03:00 Paciente dormindo no leito sem queixas.
 06:00 Administração, Omeprazol 40 mg VO, conforme prescrição médica.
 06:30 Chegou ao encontro da equipe de enfermagem.

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura			35,8										Glicemia												
Pressão Arterial			126x74										Escala de Dor												
F. Cardíaca			95																						
F. Respiratória																									

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Ofararingo (4) Nasal	07	08	09	10	-	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
2-Troca de Fralda																									
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima	1	2																							
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro					3																				
5-Curativo Operatório:																									
6-Curativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabecinha:																									

NAME: Jane Alencar Marques de Freitas
IDADE: 66 LEITO: DOA REGISTRO: 3079435 UNIDADE: Centro Cirúrgico 1

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

11:15 Pedi ao paciente que sente verbalizado eufônico ofebral
e queimadura aguda no nariz muito ruim, esse familiar de que
ele sente
12:00 Administroud Fumet 100 mg EV apos ira presenciar medicina
+ o resultado desfez
10:00 Pedi paciente que se queimou gelo N° 22
11:30 Funcionando mas sente dor gelo N° 22
12:00 Administroud eloxev EV apos ira presenciar medicina
+ o resultado desfez
12:30 Pedi paciente que sente 1/ intervencoes

07/03/2010
COREN-SE 045-2010

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

13:30 Paciente sente dor constante envolvendo, verbalizado
eufônico, desfez, relatou que sente dor no abdômen
de administrado por via oral Selozor 65 mg
de banho frio
de administrado diafragma + SF
de administrado diafragma + SF
de paciente sente dor no abdômen
de administrado medicação de horário sequencia
intervenções

Hospital Universitário
Mário Hacene Dantas Soárez
COREN-SE 045-2010
Assinatura e Identificação

1-ROTÍPO: Caquético Eutrófico Obeso2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional3-LOCOMOÇÃO: Desambula Desambula com auxílio Acamado Impossibilitado4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não7-IRRITACÃO: Física Estética Parenteral Zero

vezes

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorexia9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Absente: _____ horas Presente: _____ vezes Dor Ardo Dificuldade

Alterações na urina:

11h: Muitos enjôos acordados durante a noite de ontem. Desidratação e desidratação no leito.
 12h: Foi medicado de dor no fígado.
 12h: Foi medicado de dor no fígado. Jeje e禁食 (juntamente com a medicina).
 03h: Muitos enjôos no dia de ontem.
 06h: Muitos enjôos de ontem. Dor no fígado.

Assinatura e identificação

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
	Temperatura	Pressão Arterial	P. Cardíaca	P. Respiratória	Glicemia	Escala de Dor																			
	132	120/80	60x60	140/80																					

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Otorrinolaringe (4) Nasal

07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06

2-Troca de Fralda

123

3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima

4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro

3

5-Curativo Operatório:

6-Curativo de Lesão por Pressão:

7-Mudança de Decúbito:

8-Elevação de cabecinha

Jose Aluis Marques de Freitas
IDADE: 66a LEITO: 91 REGISTRO: 1079435 UNIDADE: Ortopedia 1

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cauquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxica	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes	11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:

07:00 13:00
27- Paciente no leito, afibril, eufeuico, em uso de poroterapia, aguardando
continuação
08h fez xixi e desfezum
12h administrado Tramal 100mg IV
12h fez xixi e desfezum
12h fez xixi e desfezum
12h paciente pegue esterel de aspergau; administrado Dipirona 1g
12h fez xixi e desfezum

Assinatura e identificação

Thiago Lira
Tec. em Enfermagem
COREN-SP 307.858

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cauquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxica	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes	11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:

13:00 19:00
13- Paciente no leito em uso de AVP em uso de poroterapia segue os cuidados.
14- fez xixi 300 sem alterações no momento
15- paciente em caminhada para realizar xixi. Interno em uso de funes
16- paciente em caminhada para realizar xixi. Interno em uso de funes
17- paciente retornou do xixi em tempo determinado trazendo paciente
18- paciente de alívio segue os cuidados
19- administrado dipirona de horário + instalação 3F 0,9% de 500 ml
20- fez xixi e fez xixi sem queixa
21- segue aos cuidados

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Jose Flávio Marques de Freitas
 IDADE: 66a LENDA: 91 REGISTRO: 1029435 UNIDADE: Ortopedia 1

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

07h Ficou no leito, apesar, eu souco, aguardando chamado para o
 C.E.
 08h Segue seu jejuim para cirurgia.
 19:30 Encaminhado ao C.C.
 30x60

Assinatura e identificação
 Cura 509000

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

16:30 Ficou liberado do C.E. em moro com A.I.P. em sordidez e sem tempo de realizar
 x-ray, logo após encaminhado para o leito segue abrindo dor.
 17:45 Admitido no C.E. para realização de horário.
 18:00 Administrado diurina, esfaldina de horário, antek conforme prescrições
 18:30 Ficou o fôntor bim queijo no momento.
 Segue os dados do enfermeiro

Tratamento: _____
 Té: _____
 CONFERENCIA: _____

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input checked="" type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso		5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Sólido	vezes	8-Ingestão: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexia			
9-EVACUAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:			
10-DURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:		
<p>19:30 paciente calmo acordado em uso de soroterapia, sem dor 21h: paciente acordado no leito 23h: paciente acordado, feto medicado de horário prescrito segue em intervalos no momento 23:30 paciente apresenta emese, feto apesar da conformidade prescrita medida</p> <p>23h: paciente sem náuseas ou vômitos 26h: paciente sem crises de dor no horário prescrito segue em uso de soroterapia</p>					

Assinatura e identificação

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura							36,2						Glicemia										160		112
Pressão Arterial							130/80						Escala de Dor												
F. Cardíaca							18																		
F. Respiratória																									

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
2-Troca de Fralda	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																									
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																									
5-Curativo Operatório																									
6-Curativo de Lesão por Pressão:																									
7-Mudança de Decúbito:																									
8-Elevação de cabeceira																									

NOME: Jose Alencio Marques de Figueiro
 IDADE: 66a LEITO: D REGISTRO: 1079435 UNIDADE: Ortopedia 1

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

7h Tocante no leito apesar, expulso, em uso de protetorap. seu gatos no momento

08h Agitou e despejou Tramal 100mg

09h Tomou banho de aspersione

10h Administrado Cefalotina + Dipirona

12h Oferecido a dieter

12h Bebeu estanof

Assinatura e Identificação
Gris 6090003

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

13h Fazendo ontem de manhã comendo um banhado

14h Fazendo simos coisas comendo preservar

15h Bebeu sem beber ocebol pela manhã

16h Se sente sem sentimento no abdômen

17h Dolorido deitado comendo ipeu ou galo

18h Dolorido preparando abdômen fraca constipação feces

Se fizer cuidados de enxertar se

Assinatura e Identificação

1-BIOTIPO: Caquético Eutrófico Obeso2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional3-LOCOMOÇÃO: Desambula Desambula com auxílio Acamado Impossibilitado4-CONSCIÊNCIA: Alerta Verbal Doloroso5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim NãoDATA: 19/09/15
67207-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Nada

vezes

8-INVESTIGAR: Aumentado Normal Diminuído Anormal9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-URINAS: Ausente: horas Presente vezes

vezes

□ Dor Ardo Dificuldade Alterações na urina:

21/09/15 - Ponto no momento 100cm de altura, fricção com escova dental da dentição superior. Dificuldade de escovação com escova dental que não consegue atingir a parte de trás da dentição. Fazendo escovação com escova dental que não consegue atingir a parte de trás da dentição. Pode ser que a escova dental que não consegue atingir a parte de trás da dentição.

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura													Glicemia												
Pressão Arterial	120								40x90				Escala de Dor												
F. Cardíaca									90																
F. Respiratória	192.00																								

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal

07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06

2-Treco de Fralda

3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima

4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro

5-Curativo Operatório:

6-Curativo de Lesão por Pressão:

7-Mudança de Decúbito:

8-Elevação de cabeceira

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Jose Alvaro Haques
IDADE: 68a SEU: 1 REGISTRO: 1079435 UNIDADE: Ortopedia 1

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Arder <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:
<p>27h Paciente no leito, apesar de eufônico, <u>sem uso de poroleuapla</u></p> <p>08h Aceitou o banho e desfez o enxoval</p> <p>09h Baúlo de material curativo</p> <p>10h Saiu de alto hospitalar em compaixão de familiar</p>		

Assinatura e identificação

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Arder <input type="checkbox"/> Dificuldade Alterações na urina:
<p>27h Paciente no leito, apesar de eufônico, <u>sem uso de poroleuapla</u></p> <p>08h Aceitou o banho e desfez o enxoval</p> <p>09h Baúlo de material curativo</p> <p>10h Saiu de alto hospitalar em compaixão de familiar</p>		

Assinatura e identificação



CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: João Flávio Moreira de Freitas

NUMERO DE INTERNAMENTO: 1079435

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Red. círurgica el. tiroco. n.º 1

CIRURGIÃO: Wenceslau Pollos, Jr. Pinto

ENFERMEIRO: Morais

CIRCULANTE DE SALA: Bristow

ANESTESIOLOGISTA: Leize

INSTRUMENTADOR: Borba

DATA: 07/03/19

SALA CIRÚRGICA: 07

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES: _____

LOTES: _____

COLABORADORES: Enfermeiros João e Jusivanda
desde 27/06/2010

Obs.: permanecer junto ao pranuário

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	NR DO LAUDO DE ALTO CUSTO:	Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO PRONTUÁRIO	
UNIDADE SOLICITANTE FUNDACÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA		CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06	1079435	
NOME DO PACIENTE		DATA DO CADASTRO		15/02/2019	
Tereza marques Furtado		SEXO			
ENDERECO COMPLETO		MUNICÍPIO EM CURSIVO			
Bogotá centro		Bogotá			
DATA DE INTERNAÇÃO 03/03/19	HORA DE INTERNAÇÃO 16:00 Min.	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETTIVA	TIPO NÚMERO DO LEITO 01	ENFERM. CPF MÉDICO SOLICITANTE	
TIPO DE SOLICITAÇÃO					
<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO				
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROcedimento 1	QTDE	PROcedimento 2	QTDE
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III				
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	PROcedimento 3	QTDE	PROcedimento 4	QTDE
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5		
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5		
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	QTDE	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE		
<input type="checkbox"/> 22 - PSQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE	QTDE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)		DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)			DATA DA SOLICITAÇÃO
07/03/2019					07/03/2019

JUSTIFICATIVA DA SOLICITACAO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

1 parfum comulada 6.5
1 arreia

EXAMES COMPLEMENTAIRES

TRATAMENTI

PROCEDIMENTOS AUTORIZADOS

DESCRÍÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM		SERIUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
1	Realizar mudança de decúbito se restrito ao leito	04/10/3	05/10/3	/	/	/	/	/
2	Aferir sinais vitais	nf/n	nf/n					
3	Promover segurança e conforto	nf/n	nf/n					
4	Realizar higiene oral e corporal do paciente	nf/n	nf/n					
5	Comunicar sinais de dor	nf/n	nf/n					
6	Observar sinais de hemorragia no pós-operatório imediato e sinais de infecção	nf/n	nf/n					
7	Realizar curativos prescritos	nf/n	nf/n					
8								
9								
10								
11								
OBSERVAÇÕES:		MANHÃ	TARDE	TÉC. MANHÃ				
		N1	N2	N3	TÉC. TARDE	TÉC. TARDE	TÉC. TARDE	TÉC. TARDE
					TÉC. NOITE	TÉC. NOITE	TÉC. NOITE	TÉC. NOITE
					ENF. REF.	ENF. REF.	ENF. REF.	ENF. REF.

o. 70

NA: NÃO APLICÁVEL

NOME:

José Alencar Magalhães de Figueiredo

IDADE:

66

LEITO:

DB

UNIDADE:

Ortopedia - I

SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
04/10/2013	05/10/2013	/	/	/	/	/

D1

Risco de quedas relacionado à mobilidade física prejudicada.

✓

✓

D2

Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos.

✓

✓

D3

Dor aguda relacionada à agentes lesivos evidenciado por relato verbal de dor.

✓

✓

D4

Mobilidade física prejudicada relacionada à intolerância à atividade evidenciada pela amplitude limitada de movimento.

✓

✓

D5

Padrão de sono prejudicado relacionado à imobilização física evidenciado por relatos de ficar acordado.

NA

NA

D6

Integridade da pele prejudicada relacionado à imobilização física evidenciado por rompimento da superfície da pele.

NA

NA

D7

Integridade tissular prejudicada relacionado à mobilidade física prejudicada evidenciado por tecido lesado.

NA

NA

D8

D9

D10

OBSERVAÇÕES:

MÃES

VAMPO

N1

N2

N3

ENF. REF.

ENF.

REF.

ENF. REF.

ENF.

REF.

ENF. REF.

ENF.

REF.

ENF. REF.

ENF.

REF.

NA: NÃO APLICÁVEL

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: José Alírio Marques de Britto Matrícula: 107.9435
Enfermaria: _____ Convênio: SUS
Diagnóstico: Fratura de plântio tibial D
Procedimento realizado: _____
Data da utilização: 07/03/99

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____
CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	<u>1</u>	<u>parafuso Canulado 6,5</u> <u>Arreia</u>

*Dr. Heitz Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM / SE / 1009*

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Ortoplan CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONFIRMAÇÃO DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

1^ª via - Prontuário

2^ª via - Fornecedor

3^ª via - Farmácia

PACIENTE: José Almeida Marques da Costa

DATA:

PRONTUÁRIO N° 507243

DATA CIRURGIA:

07/03/19

CONVÉNIO: Sua

REGIÃO: Ceará - Brasil

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 019576

MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
vela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada	<input type="checkbox"/>	Femur
á em T 3,5			Haste Bloqueada Proximal		
A/C Peq. Fratoss 3,5			Parafuso de Bloqueio Proximal para Haste		
1/3 Tubular Peq. Fratoss 3,5			Parafuso de Bloqueio Distal para Haste		
rem Trevo 3,5			Parafuso Tampão		
de Reconstrução 3,5			Haste	<input type="checkbox"/>	Ender
la p/ Parafuso	<input type="checkbox"/> 4,5	<input checked="" type="checkbox"/> 6,5	<input type="checkbox"/> Mini Ten	<input type="checkbox"/> Ten	
A/C Estrela 4,5			Fixador Tuba Tubo	<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fêmur
A/C Larga 4,5			Fixador Linear (Antebraço)		
Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Úmero)		
Semitubular 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
Reta Maleável 4,5			Fixador Linear	<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fêmur
upra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston	<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fêmur
em L/T 4,5	<input type="checkbox"/> Direita	<input type="checkbox"/> Esquerda	Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
aca Tipo Puddu	<input type="checkbox"/> Fêmur	<input type="checkbox"/> Tibia	Fixador Articulado (TP Colles)		
Placa Tubo Richards	<input type="checkbox"/> 90°	<input type="checkbox"/> 135°	Fixador Ilizarov		
Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
Prótese Thompson			Equip. p/ Bomba Infusão		
Parafuso p/ Acetábulo			Equip. Multivias		
Acetábulo Bipolar			Ponteira de Rádiofrequência (Abliator)		
Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso Transverso		
Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interferência		
Inserto do Acetábulo			Agrafe		
Cabeça Intercambiável			Âncora Femoral (Endoboton)		
Haste			Âncora		
Restritor de Cimento			Cânula		
Componente Femoral			Fio de Kirschner		
Inserto Tibial			Fio de Steinmann		
Base Tibial			Fio de Cerclagem		
Componente Patelar			Grampo de Blount		
OPSITE			Placa Bloqueada 3,5 (
Cimento Ortopédico			Placa Bloqueada 4,5 (
Kit Cimentação			Placa Titânio (
Campo Cirúrgico			Placa Pedus		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	Nº				PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	Nº			
	MM	QTD				MM	QTD		
PARAFUSO CORTICAL	Nº				PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	Nº			
3,5MM	QTD					MM	QTD		
PARAFUSO ESPONJOSO	Nº				PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	Nº			
4,0MM	QTD					MM	QTD		
PARAFUSO CORTICAL	Nº				PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	Nº			
4,5MM	QTD					MM	QTD		
PARAFUSO MALEOLAR	Nº				PARAFUSO AÇO TITANIO	Nº			
4,5MM	QTD					CANULADO 3,5	QTD		
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA	Nº				PARAFUSO AÇO TITANIO	Nº			
R/16 CURTA	QTD					CANULADO 4,5	QTD		
PARAFUSO ESPONJ. P/73 LONGA	Nº				PARAFUSO AÇO TITANIO	Nº			
P/73 LONGA	QTD					CANULADO R/16	QTD		
PARAFUSO TIPO HFRBFR	Nº				PARAFUSO AÇO TITANIO	Nº			
	MM					CANULADO 4,0 P/23	QTD		

PACIENTE:

José Alcides Marques de Faria

MATRÍCULA:

1079435

IDADE:

66

SERVICO:

10 e

APTO:

—

QUARTO:

—

ENFERM.

—

LEITO:

01

CONVÉNIO:

SUS

DATA E
HORA:

07/03

— Ortopedia =

EVOLUÇÃO

2019

Paciente com fratura de placa tibia
dirita operado -

A SRPA

7319

Dr. Hélio
Ortopedista
CRM-G 3788

08/03/19

— Ortopedia

1º DIA de RAI da Fratura da placa tibia (2). Paciente em bom
estado geral; sem queixas no momento.

Ed = VPM

Araujo

Dr. Jardim
Ortopedista
CRM-G 3788

CD

09/03/19

— Ortopedia

2º DIA de RAI da Fratura da placa tibia (2). Paciente sem queixas
no momento.

Ed = Araujo Hospitalar

Dr. Jardim
Ortopedista
CRM-G 3788

Nome: José Alencar Mendes

Idade: Admissão:

Matrícula: 103345
Leito: D1FICHA DE EVOLUÇÃO
FIOSITERAPIA

Diagnósticos:

Códigos:

M () TNI | DATA: 07/03/19

AP: GCS: RASS: IMS: MRC: NC: T:

VA: Sedação: DVA: SpO₂:

Ventilação: Modo: PC: TI: VC: Fluxo:

Mecânica: FIOs: PEEP: PS: IE: FR: Sens:

Monit. Vent: Cst: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FiO₂:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO FRCGCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Pode estabelecer, sem questões, suspeitas:

Exames:

CIRURGIA

M () TNI | DATA: 08/03/19

AP: GCS: RASS: IMS: MRC: NC: T:

VA: Sedação: DVA: SpO₂:

Ventilação: Modo: PC: TI: VC: Fluxo:

Mecânica: FIOs: PEEP: PS: IE: FR: Sens:

Monit. Vent: Cst: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FiO₂:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO FRCGCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação:

Exames:

M () TNI | DATA: 08/03/19

AP: GCS: RASS: IMS: MRC: NC: T:

VA: Sedação: DVA: SpO₂:

Ventilação: Modo: PC: TI: VC: Fluxo:

Mecânica: FIOs: PEEP: PS: IE: FR: Sens:

Monit. Vent: Cst: Cdin: Res: IRRS: PaO₂/FiO₂:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO FRCGCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação:

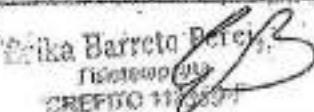
Exames:

CONDUTA: () FISIOTERAPIA MOTORA X () FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

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

() THB	() BENM	() MRA	() TRE	VNI (tipo):	Tempo:
() TEP	<input checked="" type="checkbox"/> Ex. Resp	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub
() RPPI	() Posic	() Cuff	() MAN	() RCP	() Extub

Motora: () Passiva	X Ativo-assistida	() Ativo	() Resistido
() SL	() Sc/MM pend	() SP	() ORT
Secreção: () P () M () G () F () E	() MU () S () MS	() MP	() Am

QBS:
Márcia Barreto 
Fisioterapeuta/CREFITO
CREFITO 1123001

CONDUTA: () FISIOTERAPIA MOTORA X () FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

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

() THB	() BENM	() MRA	() TRE	VNI (tipo):	Tempo:
() TEP	<input checked="" type="checkbox"/> Ex. Resp	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub
() RPPI	() Posic	() Cuff	() MAN	() RCP	() Extub

Motora: () Passiva	X Ativo-assistida	() Ativo	() Resistivo
() SL	() Sc/MM pend	() SP	() ORT
Secreção: () P () M () G () F () E	() MU () S () MS	() MP	() Am

OBS:
André DK Dr. Santos
CREFITO 140203-1
Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

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

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

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

93

NOME: José Aldemir Marques de Paula IDADE: SEXO: F()M() MATRÍCULA: UND:
 DATA: 08/03/13 DATA INTERNAMENTO: DATA DA FRATURA: DATA DA CIRURGIA: (Dr.)

1. DIETA	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA <u>VOLVAL</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. (Sangue)						
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.SOSOSOS						
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H. (Sangue)						
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.SOSOSOS						
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 40MG (PELA MANHA)						
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H	SOS					
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.	SOS					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.						
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:						
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
17. CURATIVO DIÁRIO						
18. <u>Jardensol 100g, 1g/100ml c/inf</u>						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18	<u>130 x 80</u>		<u>36,8°C</u>	<u>97</u>
24				

NOME: *José Alves Marques de Andrade* IDADE: _____ SEXO: F () M () MATRÍCULA: _____
 DATA: *01/01/12* DATA INTERNAMENTO: _____ UND: _____
 DATA DA FRATURA: _____ DATA DA CIRURGIA: _____ (Dr. *DS*)

1. DIETA	6000 ml	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
		07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
2. GELCO HIDROLISADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.							
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H SOSOS							
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.			SOS				
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SOSOS			SOS				
7. CL-EXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.			SOS				
8. RANICIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 40MG (PELA MANHA)			—				
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8 H			—				
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.	SOS		SOS				
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.			SOS				
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:							
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.							
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	SOS						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS		SOS				
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.			SOS				
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. CCGG+SSVV 6/6H.							
17. CURATIVO DIÁRIO							
18. <i>José Alves Marques de Andrade</i>							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	TPO	PULSO
06	132 x 78			
12	126 x 74	—	33.8	86
18				95
24				

Dr. Eduardo Barbosa Almeida
 Ortopedista / Traumatologista
 CRM / SE 00000000
 CRIT / SE 00000000

Assinatura da Enfermeira
 01/01/2012

Joselice de Andrade
 Técnica de Enfermagem
 COREN-SE 001.180-709

**CIRURGIA**

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

NOME: José Agarico Marques da Fratua
DATA: 05 / 03 / 19 DATA INTERNAMENTO: / / IDADE: / SEXO: F JM () MATRÍCULA: / UND: D1
DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / / (Dr.)

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
		HORÁRIO	ASSINATURA	HORÁRIO	ASSINATURA	HORÁRIO	ASSINATURA
1. DIETA	VO LAR	07:00 AS 13:00	SOS	13:00 AS 19:00	SOS	19:00 AS 07:00	SOS
2. GELCO HIDROLISADO	5P 0,9L 1500 mL EV JAH						
3. CEFALOTINA 1G EV 5/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	(SUSP)						
4. DIPIRONA 02ML+08ML AD EV 6/6H	505505						
5. PROFENID 100MG + 200ML SF 0,9% EV 12/12H.	(SUSP)						
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	505505						
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.							
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 40MG (PELA MANHA)							
9. PLASIL-1 AMOPLA EV 8/8H							
10. SOND. VESICAL DE ALÍVIO SOS.	SOS	07:00 AS 13:00	SOS	13:00 AS 19:00	SOS	19:00 AS 07:00	SOS
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.							
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:							
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.							
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	SOS						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.							
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. COGG+SSVV 6/6H.							
17. Gardonax 100mg VO 01 qd à noite							
18. Rivastig 10g/dia VO 2x noite							
19. Sibutram 25mg VO 1x noite							
20. Sibutram 25mg VO 1x noite							
21.							
22.							
23.							
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dL)	T(°C)	PULSO			
05	150 x 90	-	36,6	90			
12	130 x 88	-	36,6	78			
18	130 x 88	-	36,6	78			
24	130 x 88	-	36,6	78			

*Dr. Vinícius Souza
Ortopedista
CRM-355109*

*Yonai Souza Santa Rosa
CRM-355109 - ENF
CONSELHO 33-777-0111*

NOME: José Aluisio Mequim do Prado

DATA: 08/03/14 IDADE: SEXO: F M MATRÍCULA: UND: 21
 DATA INTERNAMENTO: DATA DA FRATURA: DATA DA CIRURGIA: (Dr.)

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
		HORÁRIO	ASSINATURA	HORÁRIO	ASSINATURA	HORÁRIO	ASSINATURA
1. DIETA.	VO Livre	07:00 AS 13:00		13:00 AS 19:00		19:00 AS 07:00	
2. GELCO HIDROLISADO.	500ML 1500 ml/ev 24h	300		300		300	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. (SUSP)		-		-		-	
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H SOS SOS		12		12		12	
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H. (SUSP)		-		-		-	
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SOS SOS		08		08		08	
7. CLEXANE 40MG SC IX/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.							
8. RÁNTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 40MG (PELA MANHA)							
9. PLASIL 1 AMOIA EV 8/8 H	SOS	303		-		-	
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.	SOS	303		-		-	
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.		303		-		-	
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:							
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.							
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	SOS	303		-		-	
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS	303		-		-	
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.		414		414		414	
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.		414		414		414	
16. CCGG+SSVV 6/6H.		08		08		08	
17. CURATIVO DIÁRIO		Alimentação		Alimentação		Alimentação	
18. Gardenac 100 mg VO à noite		-		-		-	
19. Rivotril 10 colas VO à noite (medicação)		-		-		-	
20. Serozol 25 mg VO à tarde		-		-		-	
21. (01h cupriam 02 mg) VO à noite		-		-		-	
22.		-		-		-	
23.		-		-		-	
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO			
06							
12							
18							
24							

Dr. Vinícius Soárez
 Ortopedista
 CRM-SE 5789

Letícia Maia de Sousa
 COREN-SE 0004271-ENF

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

NOME: José Alcino Marques de Freitas
DATA: 07/03/98 IDADE: 11 SEXO: F () M () MATRÍCULA: _____ UND: _____
DATA INTERNAMENTO: / / DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / / (Dr.)

1. DIETA	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA VO livre	506	luc	500	luc	500	luc
2. GEICO HIDROLISADO. SF 0,9% 150ccm EV P/124H	52		52		52	
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	59		59		59	
4. DIPIRONA 02ML+08ML AD EV 6/6H.505505	08	luc	505	luc	505	luc
5. PROENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H. Suspens	505		505		505	
6. TRAMAL 200MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.505505	52		52		52	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS.0.000UI SC 12/12H.	59		59		59	
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.	59		59		59	
9. PLASIL 1 AMOPA EV 8/8 H	SOS		SOS		SOS	
10. SONDA VESICAL DE ALVIO SOS.	SOS		SOS		SOS	
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.						
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMIA:						
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg SOS						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FSIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
17. Gripeferp 100mg VO 1x/dia à noite						
18. Rivastig 10 gotas/dia à noite						
19. Salofex 28mg VO 1x/dia						
20.						
21.						
22.						
23.						

Dr. Henrique T. Torres
Ortopedia e Traumatologia
CRM 150.2094

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06	140x90			
12			36,5	98
18	150x70	199		
24	130x80	169	36,8	90

Barbara S. M. Carvalho
CRM 150.2094

Dr. Henrique T. Torres
CRM 150.2094
Cirurgia de Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ortopedia e Traumatologia

00005

NOME: José Alciso Marques de Freitas
DATA: 08/03/19 DATA INTERNAMENTO: / / DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / / (Dr.)

IDADE: SEXO: F() M() MATRÍCULA:

UND: (23)

		1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
		07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA.	VO Líquido						
2. GELCO HIDROLISADO.	SF 0,9% 1000 ml EV 24h	506	Guilherme				
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFACLINA 1G EV 8/8H.	(SOS)	18	Guilherme				
4. DIPIRONA 02ML+08ML AD EV 6/6H SOS		10/8	Guilherme				
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.							
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SOS (SOS)							
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS 000UI SC 12/12H.							
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 40MG (PELA MANHA)							
9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H	SOS						
10. SONDA VEСICAL DE ALÍVIO SOS.	SOS						
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.							
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:							
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.							
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	SOS						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.							
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. CCGG+SSW 6/6H.		12		10		34 06	30/03
17. Gardenal 100 mg VO à noite							
18. Bucatrin 10 gotas VO à noite							
19. Sero Lok 25 mg VO 1x/dia							
20.							
21. 09/03/19							
22. ① Alto Hospitalar	Dr. Vândalus Soárez Ortopedista CRM-SE 5189						
23.							
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA mmol/L	T(ºC)	Dr. Vândalus Soárez Ortopedista CRM-SE 5189	Guilherme Santos coorientador CRM-SE 5184 ENF.	Walter Carlos Corrêa CRM-SE 5184 Enfermagem	
06							
12							
18							
24							

PACIENTE:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

MATRÍCULA:

1079435

66

110 e

-

-

D

01

DUS

DATA E
HORA:

EVOLUÇÃO

03/03/110

Bombei oportuno por fratura com
fratura do platô tibial do fêmur
com avulto de 1 milímetro.
CP - Scelto +
Salvo o m.

Dr. Silveira
Ortopedia

04/03/110

Exame com fratura do platô tibial
com avulto de 1 milímetro.
Fratura de 1 milímetro.

CP 2. Ultimo + Risco
Urg

05/03/110

- Ortopedia

Dr. Silveira
Ortopedia

- Fratura da perna tibia. D

Paciente sem queixa no momento. Exames ok.

Paciente com ECG e ECG :

1d = Aggravado + Risco



06/03/04

+ Ortopedia

* Fratura da punha do dedo

Paciente sem queixas no momento. Dúvidas e digitais presentes

Risco = OK

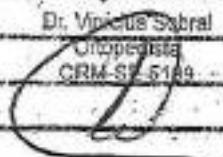
Cd = VPM

AGENDA cirurgia

Dr. Vinícius Sabral

Ortopedista

CRM-SF 5149



FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CRURGIA

FICHA DE CONSUMO DE SALA

PACIENTE:

MATRÍCULA:

CONVÉNIO:

CRURGIA HEMIZADA

1º ANEST.

ANESTESIA:

CIRURGIANO:

DATA:

CIRURGIA:

2º AUXILIAR:

ANESTESIOLOGISTA:

CIRURGIANO:

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.5CM	1 - CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()
MONOCRYL 5.0 REF Y495	LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 () <i>P</i>
MONOFYL 3.0 C/2 AG. 70CM	LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()
MONOFYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()	LUVA ESTERIL 7.0 ()
POLIESTER (ETISOND) Nº 0 () 1 () 2 ()	LUVA ESTERIL 7.5 ()
POUPROTEUFIL (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()	LUVA ESTERIL 8.0 ()
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ()	PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
VICRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()	SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()
CATGUT. SIMPLES C/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 5ML ()
CATGUT. SIMPLES C/AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	SERINGA DESCARTAVEL 3ML () 5ML () <i>P</i>
CERA P/ () 23C	SERINGA DESCARTAVEL 10ML ()
ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO	SERINGA DESCARTAVEL 20ML ()
FITA CARDIACA FC 500	SERRA DE GIGI
KIT CATARATA 3.8 6.5MM REF K83530	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()
LIGA CLIP 100	16 () 18 () 20 ()
LIGA CLIP 300	SONDA CATETER P/ OXIGÉNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()
MONOCRYL 5.0 REF Y967H 3.5 CM	16 ()
MONOCRYL 5.0 REF Y305 1.5 CM	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 () 26 ()
MONOCRYL 5.0 REF 845G 30	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()
ALGODÃO HIDROFÍLICO	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()
A CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 ()
ABRASIVOR DE LUMÍNIA (ESPATULA)	5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()
AGULHA DESCARTAVEL Nº 6 () 10 () 14 () 20 () 25 () 30 () 35 () 40 () 45 () 50 () 55 () 60 () 65 ()	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()
30X6.50 () 40X10.12 ()	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
AGULHA PERIDURAL Nº 1 () 15 () 18 () 19 () 20 ()	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()
AGULHA DE S/ QUIX Nº 1 () 25 () 37 ()	3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()
ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM () 15CM () 20CM ()	SONDA GASTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
ATADURA CREPOM 10CM ()	20 () 22 ()
ATADURA CREPOM 15CM ()	SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
ATADURA CREPOM 20CM ()	20 ()
ATADURA CESEADA 10CM () 15CM () 20CM ()	SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()
BOLSA DE COLOSTOMIA	20 ()
CÂMILA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 ()	SONDA CATETER TIPO OCULOS ()
CÂMILA P/ MICROSCÓPIO () 3 CAPA P/ VÍDEO ()	TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS ()
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	FRACONHARDOS ()
DRENO DE OIREM T Nº 12 () 14 () 15 () 16 ()	CAL SOLDADA ()
DRENO DE RECARGA Nº 3.2 () 4.0 () 5.4 ()	ESPARADRAPO COMUM ()
DRENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()	ESPARADRAPO ANTIALÉRGICO ()
DRENO PERITONEAL Nº 3 () 12 () 13 () 14 ()	ETER SULFURICO ()
ELETRODO DESCARTAVEL ()	FORMOL 10% ()
EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL ()	GORRO TURBANTE () <i>A</i>
ESCOVA P/PI ()	MÁSCARA DESCARTAVEL () <i>A</i>
ESPONJA GELCAM MEDICINAL ()	POLVIDINE TÓPICO ()
	POLVIDINE DEGERMANTE ()

FUNDAÇÃO DE SANEAMENTO HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Dr. Alvaro Marques de Freitas MATECULIA: 1079435 CONVÉNIO: SEVS
CIRURGIA REALIZADA: Proct. Anoreto e DATA: 07/03/19 CIRURGIO: Wanderley Pellegrini
1º AUXILIAR: Lucas NFB 2º AUXILIAR: Diego Henrique
ANESTESIA: Norquel ANESTESIOLOGISTA: Diego
CIRUJANTE: Wanderley Pellegrini

REMEDICAMENTOS	QNT	REMEDICAMENTOS	QNT
ÁCIDO TRIMÉXAMICO (TRANSAMINO) 150MG/3ML		NORADRENALINA 0.01MG/4ML	
ÁGUA DESTILADA 10ML		OXIGÊNIO DE ZINCO + MIT. A 2 D (HİPOGLİS) 300L	
AMINOPRILINA 24MG/10ML		OMEPRAZOL 40MG/12ML	
ATRACURIO 25MG/5ML		ONDASTERONA 5MG/4ML	
ATROPINA 0.25MG/ML		PANICURONIO 4MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 0.1% 10ML		PENTOXIFILINA 100MG/1.5ML	
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) C/ CASO 1200,00 20ML		PENINSULINA 5% POTÁSSICA 500IU/0.05ML	
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) S/VASO 0.5% 20ML		PROMETAZINA (FENERSAN) 50MG/2ML	
BUPIVACAÍNA (NEOCAINA) PESADA 0.5% 20ML		RANITIDINA (ANTAK) 50MG/2ML	
CAPTOPRIL 25MG COMP.		SUBLALATO DE BISMUTO 30G	
CEFAZOLINA (KEFUN) 1G SOL. INJETÁVEL		SUMAMENTE 100MG/FRASCO	
CLOR-PROMIZINA 25MG/5ML		SUXAMETONEO 500MG/FRASCO	
CEFAZOLINA 1G SOL. INJETÁVEL		TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG/1ML	
CEFTIAXONA 1G SOL. INJETÁVEL		VANCOMICINA 50MG/ML	
CETOPROFENO (PROFENO) 100MG PÓ UDRIO		EQUIPAMENTOS	
CIPROFLOXACINO 200MG/100ML		APARELHO DE ANESTESIA	
CISATRACIRICO (KIMBIRUM) 10MG/5ML		BISTURI ELETRICO / BIPOLAR	
CUNDAMICINA (DALACTIN) 800MG/4ML		CAPNOGRAFO	
CLONIDINA SOL. INJETÁVEL		DESFIBRILADOR	
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%		ENDOSCÓPIO	
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		ESTRIBO	
COLAGENASE 50G BISNAGA		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA	
DEFLANDROX 0.4MG/2ML		FOTÓFORO	
DEKAMETASONA 4MG/2.5ML		LARINGOSCÓPIO	
DICLOFENACICO 75MG/ML		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
DIFERONIA 100MG/2ML		MONITOR CARDIACO	
DONATAMINA 250MG/20ML		ÓXIMETRO	
ENOXAPARINA 40MG/0.4ML		RAIO X	
EPINEFRINA (ADRENALINA) 17AG/ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO	
ETILEFRINA (EFEDRIL) 10MG/1ML		GASOTERAPIA	
HIOSCIMA (BISOCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG/ML		AR COMPRIMIDO	
INSULINA - NPH 10ML () REGULAR ()		GÁS CARBÔNICO	
IMIPINEM + CESTINA (TIERAM) 500MG/120ML		OXIGÊNIO	
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELEBRIX)		PROTÓXIDO DE AZOTO	
LIDOCANA (C/VASO) 1% () 2% ()		VÁCUO	
LIDOCANA 10% SPRAY 50ML		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME	
LIDOCAINA GELÉIA (BISNAGA) 30G		ÁGUA DESTILADA 1000ML	
LIDOCAINA + EPINEFRINA (C/VASO) 20ML -		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML	
2% () 2% ()		SORO RINGER + LACTATO 500ML	
METOPROLOL 25MG COMP.		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML	
METOPROLOL 50MG COMP.		SORO GLICOSADO 5% 500ML	
METRONIDOL 500MG/100ML		SORO GLICOSILOGÊICO 5% 500ML	
NETOCLOFAMIDA (PLASIL) 10MG/2ML		FIOS CIRURGICOS	
NEOSTIGMINA 0.5MG/ML		AÇO MONOFILAMENTO N° 0 () 1 () 2 () 4 () 5	
ALGOODÃO C/AG. EM () 01 () 1 () 3 () 4 ()		EQUIPO MICROGOTAS - QNT () EQUIPO P/ TRANSFUSÃO - QNT ()	
ALGOODÃO C/AG. NB () 01 () 3 () 3 () 4 ()		EQUIPO AMBAR - QNT ()	
CATGUT CROM. (AG. N° 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		ESPOONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL	
CATGT CROM. S (AG. N° 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS	
		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFANTIL ()	
		IRRIGAFIX 4 VIAS	

RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE:

MATRÍCULA:

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIAO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

IDADE:

66

CONVÉNIO:

SLPS

fx de plastrito velho

Parafuso envelhecido

ANESTESIOLOGISTA:

Mauiro

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

RAQUI

EQUIPAMENTOS

S. E. / BIPOLAR

TRÉPANO ELÉTRICO

SERRA ELÉTRICA

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

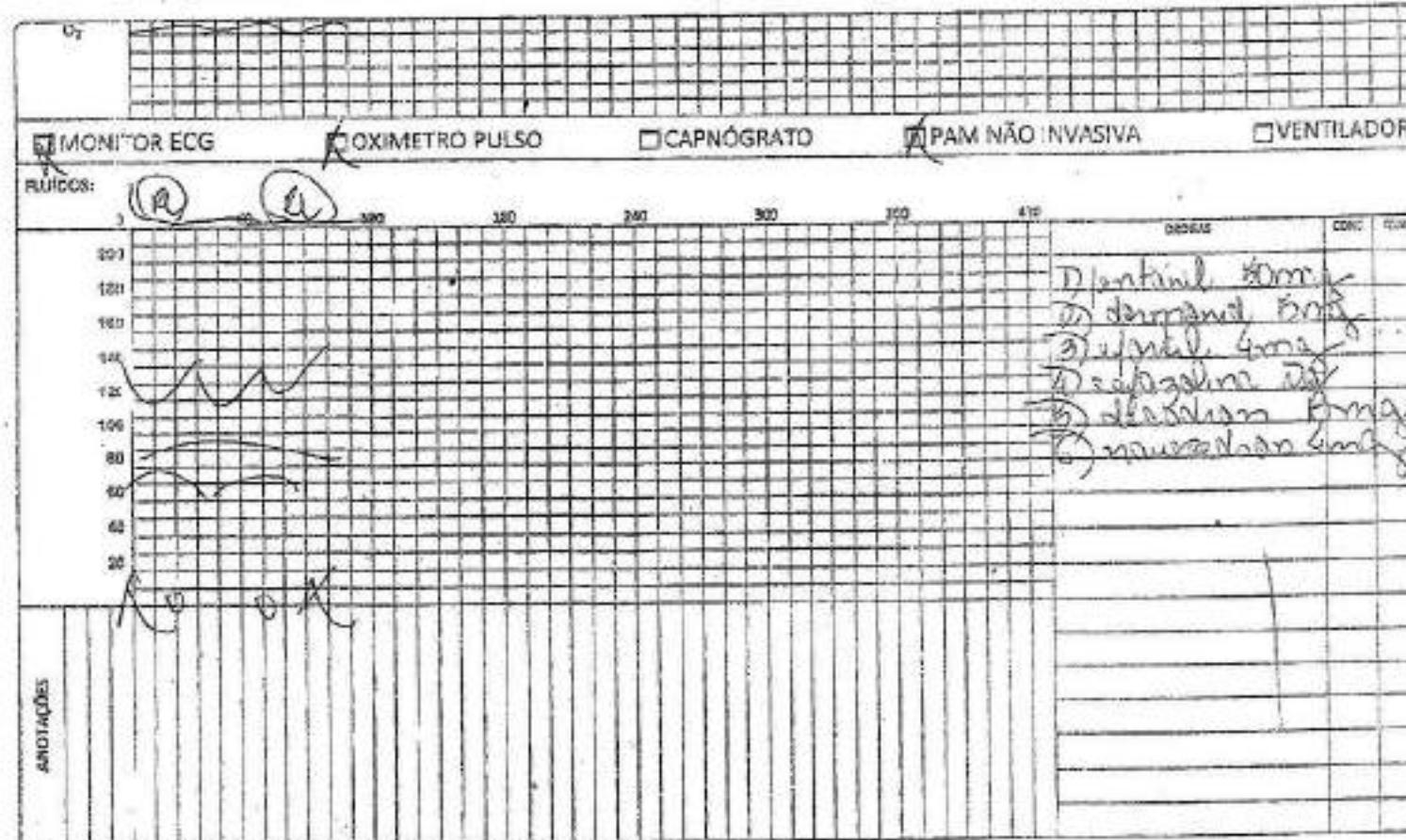
DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

- 1) Paciente anestesiado em ORN;
- 2) Assepsia e antiséptico + desinfecção do corpo estéril
- 3) Reduziu com fx de Kirchner no radioscópico.
- 4) Sustentando o plastrito com parafusos envelhecidos
- 5) Sutura, curativo - Dr. PA

7, 3, 19

Hertz
Assistente e Técnico
Assinatura do Cirurgião

PACIENTE:	José Alvaro Marques da Frutha			MATRÍCULA: 1074435	CONVÉNIO: SUS
IDADE: 66	SEXO: M	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:
CIRURGIA: Luciano Pessanha				ANESTESISTA: Lurival C. Viana	
1º AUXILIAR:				2º AUXILIAR:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura do rebordo fibular					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: II					
CIRURGIA PROPOSTA: tratamento cirúrgico de fratura do rebordo fibular					
CIRURGIA REALIZADA: II					
CÓDIGO CIRÚRGICO					
PRE-MEDICAÇÃO:	—			HORA:	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
INÍCIO DA ANESTESIA: 13:00	INÍCIO DA OPERAÇÃO: 14:00	ALT DA ANESTESIA: 110	RISCO OPERATÓRIO: 3-2-3-4	ESTADO FÍSICO: 1-0-3-4-5-6-7	



AGENTES ANESTÉSICOS: remifentanil 0.05, jato 10mcg + deripantil 0.7mg/l.m. 50mcg

TÉCNICA: Anestesia local + jato RSI

INDUÇÃO:	POSIÇÃO: sentada	LOCAL FUNÇÃO: colo	LÍQUIDO RETIRADO: deripantil
TÉCNICA:	POSIÇÃO APÓS:	POSIÇÃO OPERATÓRIA:	RESULTADO B.R.M.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 20min	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 35min	CONSCIÊNCIA:	
PÓS-OPERATÓRIO: UTI SRPA (14:20h)	DESTINO DA SRPA: LEITO ALTA HOSPITALAR	CONDICÕES: C.A. Vida	
OBSERVAÇÕES: sem intercorrências.		DATA: 07/03/19	ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Lurival C. Viana

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO PARA CIRURGIA NÃO CARDIACA

NOME: José Alvim nangues os frutos

IDADE: 66

CIRURGIA PROPOSTA: Sintese plástica tibial

FATORES DE RISCO/ COMORBIDADES

Estado clínico precário: NÃO () SIM () Necessita compensação NÃO () SIM ()

Fatores de risco cardiovasculares: NÃO () SIM ()

Outras comorbidades: NÃO () SIM () MED

Exame Cardiovascular Alterado: NÃO () SIM ()

Insuficiência cardíaca: Classe I () Classe II () Classe III () Classe IV ()

ESTRATIFICAÇÃO/ PROTOCOLOS DE RISCO

1- Estratificação de risco cardíaco em avaliação perioperatória para procedimentos não cardíacos conforme o porte cirúrgico estabelecido pelas *Diretrizes Brasileiras de Cardiologia da SBC*

I- BAIXO < 1% () II- INTERMÉDIO 1 a 5% () III- ALTO > 5% ()

2- Classificação por critérios clínicos e mortalidade associada (ASA (American Society of Anesthesiology))
ASA 1 < 0,03% () ASA 2 < 0,2% () ASA 3 < 1,2% () ASA 4 < 8% () ASA 5 < 34% ()

3- Classificação Goldmann e Weitz: complicações e mortes cardíacas respectivamente

I 0,6% e 0,2% () II 3,0% e 1,0% () III 11% e 3,0% () IV 12% e 39% ()

RISCO CIRURGICO:

BAIXO: ASA/ Goldman 1 () MÉDIO: ASA/ Goldman 2 () ALTO: ASA/ Goldman >2 ()

ECG: fibril. atrial / fibr. ventricular / fibr. atr. Resposta

ECG: funções sistólicas e segmentos preservados

() CUIDADOS DE ROTINA

Monitorização cardíaca, oxigênio, oximetria e pressão arterial não invasiva

() CUIDADOS AVANÇADOS

Além dos cuidados de rotina, suporte hemodinâmico com drogas vasodilatadoras, anti-arritmicas, inotrópicos cardíacos e reserva de UTI para pós operatório

Cicero Estevam
Médico
CRMSE 2636
03/03/09

CICERO S. ESTEVAM
CARDIOLOGIA CRMSE 2636



Atendimento	1079428	Data	03/03/2019 16:30
Nome	JOSE ALOISIO MARQUES DE FREITAS	Convênio	Sus
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	RUA ZINHO ELECTRICISTA N°190 - CONJUNTO JOAO BIMARQUES	Bairro:	
Cidade		Telefone:	966636578/999654006
Sexo:	Masculino	Idade:	56 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 03/03/2019 15:47

Material: Sanguineo Total
Método: Automatizado

		Referência
ERITROGRAMA		
A) Entróцитos	5,18 milh./mm ³	Homem Mulher 4,0 - 5,5 4,0 - 5,0
B) Hemoglobina	15,0 g/dl	Homem Mulher 13,0 - 17,0 12,0 - 16,0
C) Hematócrito	48,7 %	Homem Mulher 40 - 50 35 - 47
ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS		
A) V.C.M	64,02 fl	82 - 96
B) H.C.M	28,95 pg	26 - 34
C) C.H.C.M	30,8 g/dl	33 - 35
D) R.D.W	8,6 %	10 - 15
LEUCOGRAMA		5.000 a 10.000/mm ³
A) Leucócitos(globais)	9.200/mm ³	
B) Contagem diferencial	% /mm ³	40 a 70 1.000 a 7.300
Segmentados	49,9% 4580,0	01 a 04 50 a 400
Eosinófilos	04,1% 377,2	00 a 02 00 a 200
Basófilos	00,7% 64,4	20 a 50 1000 a 5000
Linfócitos	33,5% 3082,0	03 a 10 150 a 1000
Monócitos	11,8% 1065,6	
PLAQUETAS	203.000/mm ³	150.000 a 400.000/mm ³
Valor Encontrado		

Mônica Ribeiro de Oliveira Fernandes
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0548Aline Regina P.C. Corvalho
Biomédica
CRBM 0776Márcia Lira Sant'ana
Biomédica
CRBM II - 1495Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2680Diego Mazzarellas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Lima dos Santos
Biomédica
CRBM 2075Rafaela Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7509



Laboratório

Atendimento	1079428	Data	03/03/2019 15:30
Nome	JOSE ALOISIO MARQUES DE FREITAS	Convênio	Sus
Tp. Atend	Urgência	Med. Sol:	
Endereço	RUA ZINHO ELECTRICISTA N°180 - CONJUNTO JOAO BIMARQUES	Bairro:	
Cidade		Telefone:	999536573/999564005
Sexo:	Masculino	Idade:	86 anos

TEMPO DE PROTOMBINA

Data Coleta: 03/03/2019 15:47

Materiais Parana

Método Automatizado

TEMPO DE PROTOMBINA	11,3	Referência
PROTOMBINA (ATIVIDADE)	100	10,0 a 14,0
INR	0,94	70 a 100%
		0,81 a 1,13

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

INDICAÇÃO	RNI
Prevenção de Trombose venosa em pacientes cirúrgicos de alto risco	2,0 - 3,0
Prevenção de Trombose venosa profunda	2,0 - 3,0
Prevenção de Tromboembolismo	2,0 - 3,0
Prevenção de recorrência do embolismo, ou tratamento de pacientes portadores de válvulas cardíacas mecânicas.	3,0 - 4,5

Márcia Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1990

Eduarda Cristina Souza Gomes
Biomédica
CRBM 0948

Ana Regina P.C. Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1598

Fernando S. Almeida
Biomédico
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795

Jaqueleine Lira dos Santos
Biomédica
CRBM 2870

Rafaela Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

Lançamento dos Resultados de Exame



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 04/03/2019
Hora: 16:13

Laboratório

Atendimento	1070428	Data	04/03/2019 15:20
Nome	JOSE ALOISIO MARQUES DE FREITAS	Convênio	Sus
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	RUA ZINHO ELETRICISTA N°199 - CONJUNTO JOAO BIMARQUES	Bairro:	
Cidade		Telefone:	996638570/999954008
Sexo:	Masculino	Idade:	65 anos

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 03/03/2019 15:47

Material: Plasma Circulado
Método: CoagulometroReferência
30 a 40 seg.

Tempo de Tromboplastina (TTPA)

29,7 Segundos

Márcia Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1988Edna Cláudia Souza Serratos
Biomédica
CRBM 0940Ana Regina P.C.Candide
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Maccarenhas Resende
Biomédico
CRBM 2793Jaqueleine Lúcia dos Santos
Biomédica
CRBM 2675Raitton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7900

Lançamento dos Resultados de Exame

Fundação do Benfeitoria Hospital de Cirurgia

Data: 04/03/2019
Hora: 16:13

Laboratório

Atendimento 1079428
 Nome JOSE ALOISIO MARQUES DE FREITAS
 Tp. Atend Urgência
 Endereço RUA ZINHO ELETRICISTA N°198 - CONJUNTO JOAO BIMARQUES
 Cidade
 Sexo: Masculino

Data 03/03/2019 15:30
 Convênio SUS
 Med. Sol:
 Bairro:
 Telefone: 96636578/999954006
 Idade: 99 anos

CREATININA

Data Coleta: 03/03/2019 15:47

Material: Soro
Método: Cinético

0,95 mg/dl

Referência
H: 0,6 - 1,3 mg/dl
M: 0,5 - 1,1 mg/dl

RESULTADO

GLICEMIA

Data Coleta: 03/03/2019 15:47

Material: Soro Capilar
Método: Glucómetro

109 mg/dl

Referência
60 a 99 mg/dl

Resultado

UREIA

Data Coleta: 03/03/2019 15:47

Material: Soro
Método: Enzimático Colorimétrico

RESULTADO

63 mg/dl

Referência
Adulto: 17 - 45 mg/dl
Criança: 11 - 45 mg/dlMônica Roberto de Oliveira Gamaelias
Biomédica
CRBM 1036Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0949Anne Regina P.C. Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Madina Lira Soárez
Biomédica
CRBM II - 1036Pamella S. Almeida
Biomédica
CRBM 2850Diego Mazzonethas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaquline Lilia dos Santos
Biomédica
CRBM 2870Raíton Rocha de Andrade
Júnior
Biomédico
CRBM 7509



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

DUSV E - ORTOPEDIA - FBHC - JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

crl.complexoregulatorio.org <crl.complexoderegulacao@gmail.com>
Para: nirhuse.crl <nirhuse.crl@gmail.com>

3 de março de 2019 12:18

O código autorizativo desse paciente é RL0303HCO1D1DC4

Bom dia.

(Existe das mensagens anteriores oculto)

Convidado

GOVERNO DE SERGIPE
 SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU
 COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO
 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE	JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS	DATA DE ADMISSÃO	21/02/19
NOME DA MÃE	IZAIDES MARQUES DE FREITAS	DATA DE NASCIMENTO	29/12/52
ENDERECO	RUA ZINHO ELETRICISTA Nº 199	IDADE	66
CNS	707400025049176	PLANO DE SAÚDE	NÃO
NATURALIDADE	BOQUIM-SE	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	BOQUIM
TELEFONE PARA CONTATO	79 - 996636578	REGIÃO DE SAÚDE	

UNIDADE PRODUTIVA:	PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE (X)
	OUTROS:

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM JOELHO D APÓS QUEDA DE BICICLETA HA 2 DIAS

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE BICICLETA

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS (ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)

RX + LABORATORIO + ECG + ECO

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)

FRATURA DE PLATO TIBIAL LATERAL D

RESUMO DA TERAPÉUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMÉTROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLÓMERA	URÉA	CREATININA
130 x 90	93%	82	18	110	Nao	0.59

14.0	10-2	NAO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO (ORAL / SHE NEM GEM)	ISOLAMENTO: SIM () RESPI. / CONTATO () NÃO ()	INSUF. RENAL: SIM/NÃO	ANFIBÓTICOS: DIAS DE USO: 0/0	ESCALA DE COVAD DE GLASSGOW: AD/MR/VM/PM
NAO	NAO	ORAL	NÃO	NAO		15
MOTILIDADE						
DEAMBULA	CADERNANTE	ACAMADO	OUTROS			
NAO	NAO	SIM				
HISTÓRICO (DIAGNÓSTICOS)						
FRATURA DE PLATO TIBIAL LATERAL D						

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

FALTA DE VAGA

É VEDADO AO MÉDICO

Art. 35. Exigir agrevidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas em quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 41. Parágrafo Único. Nas casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados possíveis dispensando-se de empregar outras alegações ou recusá-las inválidas ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Médico Solicitante		NIR
Data: 10/10/19	Assinatura: CABRINHO:	Date: 10/10/2020 Responável: 
Médico do NIR		CRL (RECEBIMENTO)
Data: 10/10/19	Assinatura: CABRINHO:	Date: _____ Responável: _____
		CRL (Autorização)
Data: 10/10/19	Assinatura: CABRINHO:	Date: _____ MRE: _____ Código: _____ Assinatura: _____

ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação. As atualizações devem-se-lo a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central de Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

Este DUSV/UTI terá validade máxima de 08 dias a partir da data da primeira solicitação.

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 03/10/2019

NOME: José Alves Marques de Freitas
ALA: 371 LEITO: 15 GÊNERO: M IDADE: 66

DIAGNÓSTICOS: Fratura plato tibial lateral D

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PREScriÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	AVP PERTÍCIO	
3	Kefilin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	SUSP
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 mL SF0,9, IV, 8h/8h	SOS
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = 0 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40mL, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	SUSP
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		

Dr. José Lopes de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE

C.E.: M280030801	ESFERA: PRIVADO	Situação: EXPORTADA	Tipo: 01-INICIAL	Apresentação: 04/2019	Data Autorização: 03/03/2019
Num AIH: 281910014962-4	Orgão Emissor: M280030801	CRC:	Doc med resp: 206790814550009	Doc diretor clínico: 206790814550009	Doc médico solic: 980010204820866
Especialidade: 01 - CIRURGICO	Doc autorizad: 190126126660000	CNS: 70740002504917-6			
Doc med resp: 206790814550009	Endereço: RUA ZINHO ELETRICISTA 199 Bairro: CENTRO	Prontuário: 1079436			
CNES: 0002288 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA	Município: 200067 - BOQUEIRÃO	UF: SE CEP: 48360-000			
Paciente: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS	Data Nasc.: 29/12/1952 Sexo: MASCULINO *	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Nome da Mãe: IZALDES MARQUES DE FREITAS		
Responsável pac.: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS	Rua/Cel: 99-SEM INFORMACAO Etnic: 0000-NAO SE APPLICA	Telefone: (79)9968-36678	Mudar Proc.? NÃO		
Endereço: RUA ZINHO ELETRICISTA 199 Bairro: CENTRO	UF: SE CEP: 48360-000	Diag. secundário:			
Município: 200067 - BOQUEIRÃO	Diag. principal: 5821-FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	Causa Obito:			
Procedimento solicitado: 04.08.05.056-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	Complementar:	Modalidade: HOSPITALAR			
Procedimento principal: 04.08.05.056-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	Caráter atendimento: 02 - URGÊNCIA				
Diag. principal: 5821-FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	Data internação: 03/03/2019	Data saída: 09/03/2019	Mot. saída: 12 - ALTA MELHORADO		
Complementar:	AIH Anterior:	AIH Posterior:			
Liberação SISAIH01:	[Causas Externas (Acidente ou Violência)]				
CNPJ do Empregador:	CNAER: -				
Vínculo Previdência:	CBOR: -				

PROCEDIMENTOS REALIZADOS						
Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor/rl	Qtd/rl	Descrição
1	0408050551 1900100013832122-2700	0002283	0002283	1	03/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	
2	0408050551 190211347750002 225151(6)	3359948	3359948	1	03/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	
3	0702030641	02681701000169	02681701000169	1	03/2019 ARRUELA LISA	
4	0702030040	02681701000169	02681701000169	1	03/2019 ARRUELA LISA	
5	000202040229 000015293797847 223602	0002283	0002283	2	03/2019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE	
6	000202040229 000015293797847 223635	0002283	0002283	2	03/2019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE	
7	0302050019 000015293797847 223635	0002283	0002283	1	03/2019 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	
8	0302050019 000015293797847 223635	0002283	0002283	1	03/2019 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	

DADOS DE OPM		CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
Linha	Nota Fiscal	02.681.701/0001-89		000038012		
3	000038012	02.681.701/0001-89		000038012		
4	000038012					

VALORES DA PREVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL	
	Direto		Direto		Ratado			
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
03.01.02-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					20,00		20,00	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPÉUTICA	9,34						9,34	
03.03.08-ASSISTENCIA FISIOTERAPÉUTICA NAS								
04.08.06-MEMBROS INFERIORES	252,00			43,52	72,50		308,00	
07.07.03-OPM EM CIRURGIAS								
Total Geral:	274,12	68,34		43,52	101,54		517,00	

CID SECUNDÁRIO	Cid	Característica	Descrição	
Y230	ADQURIDO		MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/ CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. / TRANSITO	
Número de Nascidos			Nº Pré-Natal:	
Vivos:	Mortos:	Altas:	Transf.:	Óbitos:

"De acordo com a Portaria SIS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

O.E.: M20000001	ESFERA: PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 04 / 2019	
Num AIH: 281910014962-4	Situação: APURADA	Apresentação: 04/2019	Data Autorização: 03 / 03 / 2019
Especialidade: 01 - CIRURGICO	Órgão Emissor: M20000001	CRC:	
Doc autorizador: 190198128980000	Doc med resp: 206790614650009	Doc diretor clínico: 206790614650009	Doc médico solicit: 980016294820069
CNES: 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA			CNS: 70740002804617-8
Paciente: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS			Prestatório: 1079435
Data Nasc.: 29/12/1952	Sexo: MASCULINO	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Tipo Doc.: Identidade
Responsável pac.: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS		Nome da Mãe: ZAILDES MARQUES DE FREITAS	Doc: 298876
Endereço: RUA ZINHO ELETRICISTA 199 Bairro: CENTRO		Raça/Cor: 69-SEM INFORMACAO	Etnia: 0003-NAO SE APlica
Município: 280067 - BOQUEM	UF: SE CEP: 46360-000		Telefone: (79)9966-36578
Procedimento solicitado: 04.06.05.05-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL			Mot Proc.?: NAO
Procedimento principal: 04.06.05.05-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL			
Diag. principal: S821-FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA			
Complementar:			Diag. secundário:
Caráter atendimento: 01 - ELETIVO			Causa Obito:
Data internação: 03 / 03 / 2019	Data saída: 08 / 03 / 2019	Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO	Modalidade: HOSPITALAR
Liberação SISAIH01:		AIH Anterior:	AIH Posterior:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]			
CNPJ do Empregador:		CNAER:	
Vínculo Previdência:		CBOR:	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor af	Qtda	Entit	Descrição
1	0406050551 190211347750002 225151(6)	0002283	0002283	1	03/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO		
2	0406050551 190211347750002 225151(6)	3359948	3359948	1	03/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO		
3	0702030040	02681701000169	02681701000169	1	03/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO		
4	0702030040	02681701000169	02681701000169	1	03/2019	ARRUELA LISA		
5	0302080019 980016293797847 223635	0002283	0002283	2	03/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM		
6	0302080019 980016293797847 223635	0002283	0002283	2	03/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM		
7	0302080019 980016293797847 223635	0002283	0002283	5	03/2019	CONSULTA AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO		

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000000012	02.681.701/0001-69		C00039012		
4	000000012	02.681.701/0001-69		C00039012		

VALORES DA PRÉVIA

			Serviço Hospitalar		Serviço Profissional		TOTAL	
			Direto		Direto			
			Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
03.01.01-CONSULTAS MÉDICAS OUTROS						29,00	29,00	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPÉUTICA -		9,34					9,34	
03.03.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPÉUTICA NAS		12,70					12,70	
04.06.05-MEMBROS INFERIORES		262,08			43,52	72,53	388,13	
07.02.03-TRATAMENTO DIA		98,34					98,34	
Total Geral:		274,12	98,34		43,52	101,54	517,00	

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V200	ADQURIDO	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. N-TRANSITO

Número de Nascedos	Número de Saídas	Nº Pré-Natal
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:		

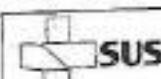
"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Segundo I, p. 12988, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente" --

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

16/04/19

04/2019

pg - 9



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707400025049176

7 - DATA DE NASCIMENTO

29/12/1952

8 - SEXO

Male

X

Female

3

9 - NOME DA MÃE

IZAIDES MARQUES DE FREITAS*

10 - PAÍS DE CUP

11 - N.º DO PRONTUÁRIO
lot 9435

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

LAERCIO DOS SANTOS BISPO

12 - TELEFONE DE CONTATO

996536578

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)

RUA ZINHO ELETRICISTA N°199 - CONJUNTO JOAO BIMARQUES

14 - TELEFONE DE CURTA

999654006

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boquim

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

SE

17 - UF

49

18 - CEP

49360001

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pente com entusiasmo do pente que levou cinturão
julho 03 que caiu de bicicleta no dia 10/03

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Treatment cítricos

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

Exame clínico - clínico 1 AT
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
24 - CID 10 PRINCIPAL
25 - CID 10 SECUNDARIO
26 - CID 10 TERCARIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

28 - CLÍNICA

Urgência

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

30 - DOCUMENTO

ICNS

31 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Eliseu do Nascimento

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

03103102

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/03/10

34 - ASSINATURA E CARMECH (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

040265055

35 - N.º DO BALETE

41

36 - N.º DA EMPRESA

44

37 - N.º DA CIEP

45

38 - N.º DO CIEP

46

39 - N.º DO CIEP

47

40 - N.º DO CIEP

48

41 - N.º DO CIEP

49

42 - N.º DO CIEP

50

43 - N.º DO CIEP

51

44 - N.º DO CIEP

52

45 - N.º DO CIEP

53

46 - N.º DO CIEP

54

47 - N.º DO CIEP

55

48 - N.º DO CIEP

56

49 - N.º DO CIEP

57

50 - N.º DO CIEP

58

51 - N.º DO CIEP

59

52 - N.º DO CIEP

60

53 - N.º DO CIEP

61

54 - N.º DO CIEP

62

55 - N.º DO CIEP

63

56 - N.º DO CIEP

64

57 - N.º DO CIEP

65

58 - N.º DO CIEP

66

59 - N.º DO CIEP

67

60 - N.º DO CIEP

68

61 - N.º DO CIEP

69

62 - N.º DO CIEP

70

63 - N.º DO CIEP

71

64 - N.º DO CIEP

72

65 - N.º DO CIEP

73

66 - N.º DO CIEP

74

67 - N.º DO CIEP

75

68 - N.º DO CIEP

76

69 - N.º DO CIEP

77

70 - N.º DO CIEP

78

71 - N.º DO CIEP

79

72 - N.º DO CIEP

80

73 - N.º DO CIEP

81

74 - N.º DO CIEP

82

75 - N.º DO CIEP

83

76 - N.º DO CIEP

84

77 - N.º DO CIEP

85

78 - N.º DO CIEP

86

79 - N.º DO CIEP

87

80 - N.º DO CIEP

88

81 - N.º DO CIEP

89

82 - N.º DO CIEP

90

83 - N.º DO CIEP

91

84 - N.º DO CIEP

92

85 - N.º DO CIEP

93

86 - N.º DO CIEP

94

87 - N.º DO CIEP

95

88 - N.º DO CIEP

96

89 - N.º DO CIEP

97

90 - N.º DO CIEP

98

91 - N.º DO CIEP

99

92 - N.º DO CIEP

100

93 - N.º DO CIEP

101

94 - N.º DO CIEP

102

95 - N.º DO CIEP

103

96 - N.º DO CIEP

104

97 - N.º DO CIEP

105

98 - N.º DO CIEP

106

99 - N.º DO CIEP

107

100 - N.º DO CIEP

108

101 - N.º DO CIEP

109

102 - N.º DO CIEP

110

103 - N.º DO CIEP

111

104 - N.º DO CIEP

112

105 - N.º DO CIEP

113

106 - N.º DO CIEP

114

107 - N.º DO CIEP

115

108 - N.º DO CIEP

116

109 - N.º DO CIEP

117

110 - N.º DO CIEP

118

111 - N.º DO CIEP

119

112 - N.º DO CIEP

120

113 - N.º DO CIEP

121

114 - N.º DO CIEP

122

115 - N.º DO CIEP

123

116 - N.º DO CIEP

124

117 - N.º DO CIEP

125

118 - N.º DO CIEP

126

119 - N.º DO CIEP

127

120 - N.º DO CIEP

128

121 - N.º DO CIEP

129

122 - N.º DO CIEP

130

123 - N.º DO CIEP

131

124 - N.º DO CIEP

132

,#BCC01.12# MPAS/INSSSistema Unico de Beneficios#DATAPREV 19/08/2019 15:34:46

□ CONBAS -Dados Basicos da Concessao

Acao #

#

^ Inicio Origem Desvio Restaura Fim

€NB#6292125495# JOSE ALOIZIO M DE FREITAS Situacao: Ativo
OL Concessor : 22.001.160 Renda Mensal Inicial - RMI.: 998,00

OL Conc. Ant1 : Salario de Beneficio :

OL Conc. Ant2 : Base Calc. Apos. - A.P.Base:

OL Conc. Ant3 : RMI/Antiga Legislacao.... :

OL Executor : Valor Calculo Acid. Trab. :

OL Manutencao : 22.001.020 Valor Mens.Reajustada - MR :

Origem Proc. : CONCESSAO ON-LINE

Trat.: 13 Sit.credito : 02 VALOR CREDITO COMPET NAO PRECISA SER AUD

CNIS: 0 NAO HOUVE UTILIZACAO DE DADOS DO CNIS NB. Anterior :

Esp.: 31 AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO NB. Origem :

Ramo atividade: 2 COMERCIARIO NB. Benef. Base:

Forma Filiacao: 0 DESEMPREGADO Local Trabalho: 221

Ult.empregador: 5454545410 DAT: 11/09/1986 DIP: 01/07/2019

Indice Reaj. Teto: DER: 19/08/2019 DDB: 19/08/2019

Grupo Contribuicao: DRD: 01/07/2019 DIC:

TP.Calculo : DIB: 07/03/2019 DCI:

Desp: 04 CONCESSAO DECORRENTE DE ACAO JUDICI DO/DR: DCB: 18/11/2019

^Tempo Servico : A M D DPE: A M D DPL: A M D


Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe
Guia de Recolhimento
Custas - Inicial Cível
Data:

02/03/2020

Num. Guia:

202010600263

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73

Valor das Custas: R\$ 386.98

Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 177.19

Valor da Causa: R\$ 11812.50

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00

Comarca: Boquim

TOTAL 612,55**Guia Válida 22/03/2020**

Via - Cartório

Autenticação Mecânica


Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe
Guia de Recolhimento
Custas - Inicial Cível
Data:

02/03/2020

Num. Guia:

202010600263

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73

Valor das Custas: R\$ 386.98

Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 177.19

Valor da Causa: R\$ 11812.50

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00

Comarca: Boquim

TOTAL 612,55**Guia Válida 22/03/2020**

Via - Parte

Autenticação Mecânica

856100000061 125501560127 020106002635 202003220342


Data:

02/03/2020

Num. Guia:

202010600263


Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe
Guia de Recolhimento
Custas - Inicial Cível

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73

Valor das Custas: R\$ 386.98

Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 177.19

Valor da Causa: R\$ 11812.50

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00

Comarca: Boquim

TOTAL 612,55**Guia Válida 22/03/2020**

Via - Banco

Autenticação Mecânica



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM
Pq Cítricula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202061000547

DATA:

03/03/2020

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

CONCLUSÃO{Via Movimentação em Lote nº 202000106}

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM
Pq Cítricula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202061000547

DATA:

04/03/2020

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Cite-se a demandada para apresentar contestação aos termos da exordial, no prazo de 15 dias úteis, sob pena de incidência dos efeitos material e processual da revelia, tudo nos termos do art. 219 c/c art. 335, caput e inciso I, 344 e 346, do CPC. Se a parte ré alegar quaisquer das matérias elencadas no art. 337 do CPC, acostar documentos novos, ou ainda fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, intime-se o demandante, por meio de seu advogado, via DJ, para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova, com base no que dispõem os artigos 350 e 351 do CPC.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
Boquim**

Nº Processo 202061000547 - Número Único: 0000553-52.2020.8.25.0009

Autor: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS

Réu: DPVAT SEGUROS E CONSÓRCIOS

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

R. Hoje,

Defiro a gratuidade de justiça com fulcro nos art. 98 e 99 do CPC.

Cite-se a demandada para apresentar contestação aos termos da exordial, no prazo de 15 dias úteis, sob pena de incidência dos efeitos material e processual da revelia, tudo nos termos do art. 219 c/c art. 335, caput e inciso I, 344 e 346, do CPC.

Se a parte ré alegar quaisquer das matérias elencadas no art. 337 do CPC, acostar documentos novos, ou ainda fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, intime-se o demandante, por meio de seu advogado, via DJ, para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova, com base no que dispõem os artigos 350 e 351 do CPC.



Documento assinado eletronicamente por **PAULO HENRIQUE VAZ FIDALGO, Juiz(a) de Boquim, em 04/03/2020, às 13:49:24**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020000496272-13**.





**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM
Pq Citrícula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202061000547

DATA:

06/03/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Foi expedido mandado de citação.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

BOQUIM DA COMARCA DE BOQUIM
Pq Cítricula Gov. João Filho, Bairro Centro, Boquim/SE, CEP 49360000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202061000547

DATA:

09/03/2020

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 202061001426 do tipo CARTA CITAÇÃO PROCEDIMENTO COMUM SEM AUDIÊNCIA [TM4205,MD2372]

 {Destinatário(a): DPVAT SEGUROS E CONSÓRCIOS}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
Boquim
Pq. Citrícola Gov. João Alves Filho, s/nº
Bairro - Centro Cidade - Boquim
Cep - 49360-000 Telefone - (79)3645-1138

Normal(Justiça Gratuita)



202061001426

PROCESSO: 202061000547 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0000553-52.2020.8.25.0009
NATUREZA: Procedimento Comum Cível
REQUERENTE: JOSE ALOIZIO MARQUES DE FREITAS
REQUERIDO: DPVAT SEGUROS E CONSÓRCIOS

CARTA DE CITAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)**, por todo o conteúdo da petição inicial, de cópia em anexo, parte integrante desta, para, querendo: 1) Integrar a relação processual, nos termos do art. 238 e seguintes do CPC; 2) Apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, conforme determinado no art. 335 e seguintes do CPC, sob pena de revelia, além de presumidas como verdadeiras as alegações de fato apresentadas pela parte autora (art. 344 do CPC);

Finalidade: Responder em 15 (quinze) dias.

Despacho: Cite-se a demandada para apresentar contestação aos termos da exordial, no prazo de 15 dias úteis, sob pena de incidência dos efeitos material e processual da revelia, tudo nos termos do art. 219 c/c art. 335, caput e inciso I, 344 e 346, do CPC. Se a parte ré alegar quaisquer das matérias elencadas no art. 337 do CPC, acostar documentos novos, ou ainda fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, intime-se o demandante, por meio de seu advogado, via DJ, para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova, com base no que dispõem os artigos 350 e 351 do CPC.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)

Nome : DPVAT SEGUROS E CONSÓRCIOS
Residência : RUA SENADOR DANTAS , 5º ANDAR , 74
Bairro : CENTRO
Cep : 20010000
Cidade : RIO DE JANEIRO - RJ - RJ

[TM4205, MD2372]



Documento assinado eletronicamente por **ELINE CABRAL VIEIRA VASCONCELOS**,
Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de Boquim, em **09/03/2020**, às
11:45:58, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020000532937-72**.

