

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000000009450-0

Nr. da Autenticação 33C4EDBC67C0F689

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190435193 **Cidade:** Moita Bonita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DE SANTANA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. (P4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P4,62,64,65,67,79)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

JOSEFA OZILDA SANTANA
 POV RANCHO ALEGRE, 0000 / RUA BR. AREA P. RA.
 MOITA BONITA / SE CEP: 49562000 (A/S 30)

Local: MONOFASCO
 Cid. Sec: RES MTC B11 RESIDENCIAL RESIDENCIAL
 Rotômetro: 6-110-400-8 Referência: Mar. 2019
 Medidor: W1025952211 Emissão: 13/03/2019

ENERGISA
 SERVIÇOS DE ENERGIA S.A.
 Rua Manoel de Sá, 10 - Jd. São Batista
 Assaí - CE - CEP: 86040-100
 CNPJ: 06.974.000/0001-40 E-mail: atendimento@energisa.com.br
 Nota Fiscal e Contador: Energisa Nº 11.704.521
 Cod. para Dis. Automático: 00022391367

Atendimento ao Cliente ENERGISA **08000 79 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Mar / 2019	12/03/2019	09/04/2019	103.641.106-20

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/02/19	Data 12/03/19			
Leitura 14578	Leitura 14148			
Demonstrativo				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				
Tarifa de Tensões				
Código de Classificação do Term. TOTAL				

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Lucivaldo Mendonça Nunes,
RG nº 3.313.919.9, data de expedição 06/12/2012
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 072.802.435.96,
com domicílio na cidade de Matá Bonita, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Porto Lagoa Sela, nº SIN,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Yessi Carlos de Santana, cujo o condutor era
Gidemilson Lima Santos.
Veículo: PASIMOTOCELETA Modelo: HONDA CG 160 FAN Ano: 2017/2018
Placa: QMB 219J Chassi: 9C2 KC 22 00 UR 10 719
Data do Acidente: 04/03/19

Local e Data: 15/07/2019 | Matá Bonita - SE

Lucivaldo Mendonça Nunes

Assinatura do Declarante

Gidemilson Lima Santos

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório do Ofício Único de Matá Bonita/SE
Tribunal da Noias

Reconheço por autenticidade a firma indicada de LUCIVALDO MENDONÇA NUNES. Dou fé.
Matá Bonita, 15 de julho de 2019.
Em testemunho da da verdade.
Giulia Rafaela Oliveira Devides (Escrevente)
Selo T.JSE: 201929620004265. Acesse: <https://www.tjse.jus.br/x/Y92Q9E> Valor Total R\$ 8,84
AA000261

BRASIL

Giulia Rafaela Oliveira Devides
Escrevente

INVESTPREV

18 JUL 2019

RECEITUÁRIO

Nome: JOSE CARLOS SANTANA

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE LUPAREIRO COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURAS
DO RADIO DISTAL E ULNARE
PROXIMAL SUCESSO

ATUALMENTE PASSA COM O
MÃO E BOM PARE DE
REABILITAÇÃO

C.D. 5-520


24/03/19

Dr. Antonio S. Lima Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3621 - TSO 8824

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

INVESTPREV

18 JUL 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 629631
CNS:DATA: 04/03/2019 HORA: 09:55 USUARIO: ASNERI
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CARLOS DE SANTANA
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 04/05/1972
ENDEREÇO.....: POV. LAGOA SECA
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: MOITA BONITA UF: SE CEP....: 49560-000
NOME PAI/MAE...: CARLOS FRANCISCO DE SANTANA /JOSEFA OZILDA DE SANTANA
RESPONSÁVEL....: ESPOSA TEL....: 079.99835.
PROCEDENCIA....: MOITA BONITA - SE 7886
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIASUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Ac. mto cl capote

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Liberado de cirurgia, ao ortopedista

06 TO AC 9/A

FATO DE CHAMA DO ASSO, ORTO

NUNCA O PACIENTE FICOU DEitado

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :
ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Adriana Dantas Gomes
Téc de Enfermagem
CRM nº 800547Protocolo
04.03.19
627Dr. Leonardo F. dos Santos
Cirurgião de Cabeça
e Pescoço / Traumatologia
CRM 42587-SP

Num AIH: 281910015544-3

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 06/2019

Data Autorização: 16 / 04 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 980016265489152

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc médico solíc: 980016000136321

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70050413405065-0

Paciente: JOSE CARLOS DE SANTANA

Prontuário: 1067535

Data Nasc.: 04 / 05 / 1972 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 1063800

Responsável pac.: ELIELZA LIMA DOS SANTOS

Nome da Mãe: JOSEFA OZILDA DE SANTANA

Endereço: CAMPO POV LAGOA SECA Bairro: CENTRO

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 280410 - MOITA BONITA

UF: SE CEP: 49560-000

Telefone: (79)9963-5788 Muda Proc.?: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Procedimento principal: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Complementar:

Diag. secundário:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Causa Óbito:

Data internação: 16 / 04 / 2019

Data saída: 23 / 04 / 2019

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Modalidade: HOSPITALAR

Liberção SISAIOI:

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 p/	Qtde	Compt	Descrição
1	0408020407	980016000832757	225270(1)	0002283	0002283	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	708007878157421	225151(6)	3359948	3359948	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030996			02681701000169	02681701000169	1	04/2019	PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	6	04/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
5	0302050019	980016293797847	223635	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0302040021	980016293797847	223605	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000039420	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					29,34		29,34
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	9,34						9,34
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	12,70						12,70
04.08.02-MEMBROS SUPERIORES	159,49			28,29	38,67		224,45
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		275,48					275,48
Total Geral:	181,53	275,48		28,29	68,01		551,31
CID SECUNDÁRIO							

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 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 arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

21/06/19

Dr(a) Angéline Ferreira da Mota
Supervisão Médica/SES
CRM-SE 3686
CPF: 876.198.735-20

 SUS Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE CARLOS DE SANTANA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700504134050650

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/05/1972

9 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 3

10 - Nº DO PRONTUÁRIO

1087535

11 - NOME DA MÃE

JOSEFA OZILDA DE SANTANA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ELIELZA LIMA DOS SANTOS/ ESPOSA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

POVOADO LAGOA SECA S/N

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Moita Bonita

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49560000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*dr. elma e deformidade em punho e
após queda de moto há ~ 30 dias*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trauma

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

exame clínico + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

frat. comissura distal e **5525** **V299**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

tratamento de fratura distal e

0408020407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE

ORTOPEDIA**URGÊNCIA**

() CNS (X) CPF

15475190534

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUCIANO PASSOS

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO

16 04 19

35 - ASSINATURA

Luciano Passos de Souse
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CNES

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() INADQUIRIDA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

281910015544-3

16 04 19

Luciano Passos de Souse
Autoridade Médica



urgencia ortopedica <urgenciaortopedicafbhc@gmail.com>

Fwd: JOSÉ CARLOS DE SANTANA - urgência ortopédica

1 mensagem

REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>
Para: urgenciaortopedicafbhc@gmail.com

16 de abril de 2019 12:22

----- Forwarded message -----

De: **CRL CRE** <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>
Date: ter, 16 de abr de 2019 às 12:20
Subject: Re: JOSÉ CARLOS DE SANTANA - urgência ortopédica
To: **REGULAÇÃO HC** <regulacaohc@gmail.com>

Comunico reserva do leito B1 da Ortopedia 2 em nome do paciente JOSÉ CARLOS DE SANTANA
Código Autorizativo: **RL1604HCO2LB1CL5**

Atenciosamente,

Médico Regulador Caroline Lima
Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuções, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

Em ter, 16 de abr de 2019 às 12:10, **REGULAÇÃO HC** <regulacaohc@gmail.com> escreveu:

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
 AV.DESEMBARGADOR MAYNARD,174 UF:SE CEP:49075-170
 FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: renata,

FRE: 1087380

 ATENDIMENTO

 ACOMODACAO:Enfermaria
 DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
 DATA: 16/04/2019 15:22:24 LEITO: MED GER. B04 - Ortopedia II
 TIPO: Urgência
 CONVENIO: SUS INTERNO
 PROFISSIONAL:866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE CARTÃO SUS:700504134050650

ATENDIMENTO:1087535

NOME: JOSE CARLOS DE SANTANA
 ENDEREÇO: POVOADO LAGOA SECA S/N Nº: 0
 BAIRRO: Centro UF:SE CEP:49560000
 CIDADE: Moita Bonita CPF
 FONE: 998357886/999607115 R.G: 1063800
 DATA NASC.:04/05/1972 IDADE:46 SEXO:Mascullino
 EST.CIVIL :Solteiro PROFISSÃO
 NOME DO PAI:CARLOS FRANCISCO DE SANTANA
 NOME DA MAE:JOSEFA OZILDE DE SANTANA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:ELIELZA LIMA DOS SANTOS/SPOSA
 ENDEREÇO:
 BAIRRO: CIDADE: UF:

 DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S52.5-Fratura da extremidade distal do rádio
 ORIGEM: Moita Bonita
 DIAS INTERNAMENTO:2
 PROC.SUS: 040802040-7 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Extremidade
 AIH.:

sem Sigaue cópia do doc : e pulsoria

RX
 Pre:OK
 Pós:OK

Alta Hospitalar
 23/04/19
 Jline

RECEITUÁRIO

Nome: JOSE CARLOS SANTANA

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE LUPAREIRO COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURAS
DO RADIO DISTAL E ULNARE
PROXIMAL SUCESSO

ATUALMENTE PASSA COM O
MÃO E BOM PÊS DE
REABILITAÇÃO

C.D. 5-520


C.D. 2463/15

Dr. Antonio S. Lima Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3621 - TSO 8824

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 629631
CNS:DATA: 04/03/2019 HORA: 09:55 USUARIO: ASNERI
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CARLOS DE SANTANA
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 04/05/1972
ENDEREÇO.....: POV. LAGOA SECA
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: MOITA BONITA UF: SE CEP....: 49560-000
NOME PAI/MAE...: CARLOS FRANCISCO DE SANTANA /JOSEFA OZILDA DE SANTANA
RESPONSÁVEL....: ESPOSA TEL....: 079.99835.
PROCEDENCIA....: MOITA BONITA - SE 7886
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIASUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Ac mto cl capote

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

liberado de cirurgia, ao ortopedista

06 TO AC 9/A

FATO DE CHAMA DO ASSO, ORTO

NUNCA O PACIENTE FICOU DEitado

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Adriana Dantas Gomes
Téc de Enfermagem
CRM nº 800547Protocolo
04.03.19
627Dr. Leonardo F. dos Santos
Cirurgião de Cabeça
e Pescoço / Traumatologia
CRM 42587-SP 14360

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 06 / 2019

PAG: 1
DATA: 04/06/2019

Num AIH: 281910015544-3

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 06/2019

Data Autorização: 16 / 04 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 980016265489152

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc médico solíc: 980016000136321

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70050413405065-0

Paciente: JOSE CARLOS DE SANTANA

Prontuário: 1067535

Data Nasc.: 04 / 05 / 1972 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 1063800

Responsável pac.: ELIELZA LIMA DOS SANTOS

Nome da Mãe: JOSEFA OZILDA DE SANTANA

Endereço: CAMPO POV LAGOA SECA Bairro: CENTRO

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 280410 - MOITA BONITA

UF: SE CEP: 49560-000

Telefone: (79)9963-5788 Muda Proc.?: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Procedimento principal: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Complementar:

Diag. secundário:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Causa Óbito:

Data internação: 16 / 04 / 2019

Data saída: 23 / 04 / 2019

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Modalidade: HOSPITALAR

Liberção SISAIOI:

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 p/	Qtde	Compt	Descrição
1	0408020407	980016000832757	225270(1)	0002283	0002283	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	708007878157421	225151(6)	3359948	3359948	1	04/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030996			02681701000169	02681701000169	1	04/2019	PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	6	04/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0302050019	980016293797847	223635	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0302040021	980016293797847	223605	0002283	0002283	2	04/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000039420	02.681.701/0001-69				

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PREVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					29,34		29,34
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	9,34						9,34
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	12,70						12,70
04.08.02-MEMBROS SUPERIORES	159,49			28,29	38,67		224,45
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		275,48					275,48
Total Geral:	181,53	275,48		28,29	68,01		551,31
CID SECUNDÁRIO							

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 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 arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

21/06/19

Dr(a) Angéline Ferreira da Mota
Supervisão Médica/SES
CRM-SE 3686
CPF: 876.198.735-20

 SUS Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE CARLOS DE SANTANA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700504134050650

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/05/1972

9 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 3

10 - Nº DO PRONTUÁRIO

1087535

11 - NOME DA MÃE

JOSEFA OZILDA DE SANTANA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ELIELZA LIMA DOS SANTOS/ ESPOSA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

POVOADO LAGOA SECA S/N

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Moita Bonita

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

SE

19 - CEP

49560000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*dr. elma e deformidade em punho e
após queda de moto há ~ 30 dias*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trauma

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

exame clínico + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

frat. completo distal e **5525** / **V299**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

tratamento de fratura distal e

0408020407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE

ORTOPEDIA**URGENCIA**

() CNS (X) CPF

15475190534

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUCIANO PASSOS**16 04 19**

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA

Luciano Passos de Souse
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CNES

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() INADQUIRIDA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

281910015544-3

13 04 15

Luciano Passos de Souse
Autoridade Médica



urgencia ortopedica <urgenciaortopedicafbhc@gmail.com>

Fwd: JOSÉ CARLOS DE SANTANA - urgência ortopédica

1 mensagem

REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>
Para: urgenciaortopedicafbhc@gmail.com

16 de abril de 2019 12:22

----- Forwarded message -----

De: **CRL CRE** <crl.complexoderegulacao1@gmail.com>
Date: ter, 16 de abr de 2019 às 12:20
Subject: Re: JOSÉ CARLOS DE SANTANA - urgência ortopédica
To: **REGULAÇÃO HC** <regulacaohc@gmail.com>

Comunico reserva do leito B1 da Ortopedia 2 em nome do paciente JOSÉ CARLOS DE SANTANA
Código Autorizativo: **RL1604HCO2LB1CL5**

Atenciosamente,

Médico Regulador Caroline Lima
Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuções, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

Em ter, 16 de abr de 2019 às 12:10, **REGULAÇÃO HC** <regulacaohc@gmail.com> escreveu:

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
 AV.DESEMBARGADOR MAYNARD,174 UF:SE CEP:49075-170
 FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: renata,

FRE: 1087380

 ATENDIMENTO

 ACOMODACAO:Enfermaria
 DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim
 DATA: 16/04/2019 15:22:24 LEITO: MED GER. B04 - Ortopedia II
 TIPO: Urgência
 CONVENIO: SUS INTERNO
 PROFISSIONAL:866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE CARTÃO SUS:700504134050650

ATENDIMENTO:1087535

NOME: JOSE CARLOS DE SANTANA
 ENDEREÇO: POVOADO LAGOA SECA S/N Nº: 0
 BAIRRO: Centro UF:SE CEP:49560000
 CIDADE: Moita Bonita CPF
 FONE: 998357886/999607115 R.G: 1063800
 DATA NASC.:04/05/1972 IDADE:46 SEXO:Masculino
 EST.CIVIL :Solteiro PROFISSÃO
 NOME DO PAI:CARLOS FRANCISCO DE SANTANA
 NOME DA MAE:JOSEFA OZILDE DE SANTANA

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:ELIELZA LIMA DOS SANTOS/SPOSA
 ENDEREÇO:
 BAIRRO: CIDADE: UF:

 DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S52.5-Fratura da extremidade distal do rádio
 ORIGEM: Moita Bonita
 DIAS INTERNAMENTO:2
 PROC.SUS: 040802040-7 Tratamento Cirurgico De Fratura Da Extremidade
 AIH.:

sem Sigaue cópia do doc : e pulsaria

RX
 Pre:OK
 Pós:OK

Alta Hospitalar
 23/04/19
 Jline

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de Dados

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS:

f. de Rádio

EXAME ESPECÍFICO:

A- INDICADORES DE GRAVIDADE

VIA AÉREA: ☒ Normal ☐ Tubo endotraqueal ☐ Traqueostomia

VENTILAÇÃO: ☒ Espontânea ☐ Ventilação Mecânica ☐ Aporte de oxigênio

FC: 80 bpm	FR: 18 ipm	PANI: 110/45/0 mmHg
------------	------------	---------------------

Temperatura: 36.7°C

Sat. de Oz: 99%

PAM: mmHg

PVC:	mmHg	PIC:		PiA:
------	------	------	--	------

PIA:

Escala de Coma de Glasgow: [MRO: + MRV: + MRM:]

Escala de RASS:

Escala de Dor (0-10):

Escala de Morse	HISTÓRICO DE QUEDAS		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO		Pontos: 20
	Não Sim	0 15	Não Sim	0 15	Nenhum, Acamado ou Auxiliado por Profissional da Saúde Muletas, Bengala ou Andador Móveis ou Parede	0 15 30	
Escala de Braden	DISPOSITIVO ENDOVENOSO		MARCHA		ESTADO MENTAL		Risco tubo: 0 a 24 másc: 25 a 44 elo: 2 a 45
	Não Sim	0 20	Normal, Sem deambulação, Acamado ou Cadeira de Rodas Fraca Comprometida ou Cambaleante	0 10 20	Orientado ou Capaz quanto à sua capacidade/limitação Superestima capacidade ou Esquece limitações	0 15 30	
Escala de Braden	PERCEPÇÃO SENSORIAL		UMIDADE		ATIVIDADE		Pontos: 23
	Completamente limitada Muito limitada Levemente limitada Nenhuma alteração	1 2 3 4	Constantemente úmida Frequentemente úmida Ocasionalmente úmida Raramente úmida	1 2 3 4	Acamado Restrito à cadeira Caminha ocasionalmente Caminha frequentemente	1 2 3 4	
Escala de Braden	MOBILIDADE		NUTRIÇÃO		FRICÇÃO E CISALHAMENTO		Risco de escor: 19 a 23 risco lav: 15 a 18 risco moderado: 13 a 14 risco alto: 10 a 12 risco muito alto: 4 a 8
	Completamente Imobilizado Muito limitado Levemente limitado Nenhuma limitação	1 2 3 4	Muito pobre Inadequada Adequada Excelente	1 2 3 4	Problema Problema Potencial Nenhum problema aparente	1 2 3	

B- AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Peso: kg, Altura: m

$P_{\text{max}} \rightarrow \pm 78 \text{ K}_x$

$$\text{wt} - 0 \pm 1.70^0 \text{ cm}$$

Úlcera Por Pressão		
Local	Cata.	Característica

D E E D

Frente Verso

Tubo Orotraqueal	Traqueostomia	Sonda Gástrica	Sonda Enteral
Data de Instalação: __/__/__	Data de Instalação: __/__/__	Data de Instalação: __/__/__	Data de Instalação: __/__/__
Data da Última Troca: __/__/__	Data da Última Troca: __/__/__	Data da Última Troca: __/__/__	Data da Última Troca: __/__/__
Data da Retirada: __/__/__	Data da Retirada: __/__/__	Data da Retirada: __/__/__	Data da Retirada: __/__/__

Sonda Vesical de Demora	Catéter Venoso Periférico	Catéter Venoso Central	
Data de Instalação: __/__/__	Data de Instalação: __/__/__	Data de Instalação: __/__/__	Data de Instalação: __/__/__
Data da Última Troca: __/__/__	Data da Última Troca: __/__/__	Data da Última Troca: __/__/__	Data da Última Troca: __/__/__
Data da Retirada: __/__/__	Data da Retirada: __/__/__	Data da Retirada: __/__/__	Data da Retirada: __/__/__

CONTROLES / ÚLTIMAS 24 HORAS

	Horários									Horários							
	08 09	11 12	14 15	17 18	20 21	23 24	02 03	05 06		08 09	11 12	14 15	17 18	20 21	23 24	02 03	05 06
Frequência Cardíaca	200								Frequência Respiratória	38							
	190									36							
	180									34							
	170									32							
	160									30							
	150									28							
	140									26							
	130									24							
	120									22							
	110									20							
	100									18							
	90									16							
	80									14							
	70									12							
	60									10							
	50									08							
	40									06							
	30																
	20																
Pressão Arterial	340								Temperatura	42,0							
	320									41,5							
	300									41,0							
	280									40,5							
	260									40,0							
	240									39,5							
	220									39,0							
	200									38,5							
	180									38,0							
	160									37,5							
	140									37,0							
	120									36,5							
	100									36,0							
	80									35,5							
	60									35,0							
	40									34,5							
	20									34,0							

Glicemia

NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero: ____ horas **INGESTÃO:** ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

EVACUAÇÃO: ☒ Sólida: ____ vezes ☐ Pastosa: ____ vezes ☐ Líquida: ____ vezes ☐ Zero: ____ dias

DIURESE: ☐ Ausente: ____ horas ☒ Presente: ____ vezes

BALANÇO HÍDRICO: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Normal

Medicamentos em Uso:

Antibióticos (dias): ☒

Vasotivas (µg/kg/h): ☒

Sedação (µg/kg/h): ☒

Carimbo e Assinatura:

Juliana O. B. Rodrigues Santos
CPF: 319.974.4 ENF.

Lindiane Silva Santos
 Secret. Chancelaria
 08/04/20

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

DISPOSITIVOS EM USO

() CATETER O2: ____ L/MIN () MASCARA O2 - FIO2: ____ % () VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % () MARCAPASSO
 () CATETER VENOSO PERIFÉRICO ____ () CATETER VENOSO CENTRAL ____ () CATETER PERITONEAL ____ () Sonda Vesical ____ () Sonda Gástrica/Enteral ____ () OSTOMIA
 () FRALDA () DRENO SUÇÃO: ____ () DRENO PENROSE: ____ () DRENO TORÁCICO: ____ () DRENO TORÁCICO: ____

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

FINAIS VITAIS

0	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
30	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
60	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
90	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
120	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____
150	FR: ____ rpm	SpO2: ____ %	FC: ____ bpm	PANI: ____ / ____ mmHg	Temp.: ____ °C	DOR: ____

HORARIO: ____ : ____ h. *Doente com na SRPA por 05 minutos
 está estável, saturação SpO2 98% em O2 2L, FC 78 bpm
 segue sem queixas de cuidado*

ASSINATURA: *Carla Luísa Santos Pinheiro*
 COREN/SE 1358738-7

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

HORARIO: ____ : ____ h. *Doente em estado estável, segue para a sala de recuperação pós anestésica em
 uso de analgésico e sedativo, sem queixas de cuidado*

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA: *Maria Suzete Alves Nunes*
 Téc. de Enfermagem

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)

		Valor	0	30	60	90	120
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					
	Dispneia ou limitação de respiração	01					
	Apnéia	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						

HORARIO DE ALTA - SRPA: *13:45* h.

ASSINATURA - ANESTESIOLOGISTA/CFM:

ASSINATURA - ENFERMEIRO (A)/COREN:

Valéria P. de Matos
 Médica
 CRM/SE 4281

LEGENDA:

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