

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210144369

Nome do(a) Examinado(a): JORGE DE SANTANA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): POV LAGOA NOVA , 0, CASA, Nossa Senhora da Glória/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 010881433

Data e local do acidente: 22/10/2020 - Nossa Senhora da Glória/SE

Data e local do exame: 21/05/2021 - Aracaju/SE

Coordenadas Geográficas: latitude: -10.9129 , longitude: -37.07055

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA A DIREITA

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

PERICIA DO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 22/10/2020, FOI REALIZADO COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO PARA REDUÇÃO DOS DANOS, EM 2º TEMPO FOI REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA COM 01 PLACA E 07 PARAFUSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/11/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 18/03/2021 (INFORMADO PELO PERICIA DO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 80°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

Membro Inferior Direto - Médio - 50%

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

HOUVE COMPROMETIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E TORNOZELO A DIREITA, SENDO ABONADO COMO "DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO".

Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio N.
Osteo e Artro II
CRM 1827
MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM: 1827 / UF: SE

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210144369

Vítima: JORGE DE SANTANA SANTOS

Data do Acidente: 22/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JORGE DE SANTANA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210144369

Vítima: JORGE DE SANTANA SANTOS

Data do Acidente: 22/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORGE DE SANTANA SANTOS

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JORGE DE SANTANA SANTOS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **00000612-2**

Conta: **0000026139-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL S.A.

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: 31/05/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGE DE SANTANA SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000000026139-4

Nr. da Autenticação B06220D3169CA870

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210144369 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE DE SANTANA SANTOS **Data do acidente:** 22/10/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA A DIREITA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 80°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 22/10/2020, FOI REALIZADO COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO PARA REDUÇÃO DOS DANOS, EM 2º TEMPO FOI REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA COM 01 PLACA E 07 PARAFUSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/11/2020, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 18/03/2021 (INFORMADO PELO PERICIADO, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelae permanentes: Membro Inferior Direito - Médio - 50%

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2021

Conduta mantida:

Observações: HOUVE COMPROMETIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E TORNOZELO A DIREITA, SENDO ABONADO COMO "DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO".

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 888-920-005-78 4 - Nome completo da vítima: Jargel de Santana Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Jargel de Santana Santos 6 - CPF: 888-920-005-78
7 - Profissão: Lavrador 8 - Endereço: Pov. Lagoa Nova 9 - Número: 510 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: N. Sra. da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49680100
15 - E-mail: marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 7999389207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 612 2 CONTA: 26-139 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, N. Sra. da Glória 11/05/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03/03/2021 - BANCO DO BRASIL - 07:50:21
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: JORGE DE SANTANA SANTOS

AGENCIA: 612-2 CONTA : 26.139-4

DATA : 03/03/2021

NR. DOCUMENTO 061273825075021

VALOR DINHEIRO 5,00

VALOR TOTAL 5,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 1

NR. AUTENTICACAO F.901.92D.7B7.BF4.EB3

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00003671/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/01/2021 11:16:06 Data/Hora Fim: 13/01/2021 11:35:09

Delegado de Polícia: Munilo de Oliveira Gouveia

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 22/10/2020 22:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Avenida da Avelan Materiais de Construções

CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: JORGE DE SANTANA SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 18/06/1969 Idade: 51

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Nossa Senhora da Glória - SE

Nome da Mãe: Josefina de Santana

Nome do Pai: Jose Avelino dos Santos

Documento(s)

CPF: 888.920.005-78

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Logradouro: Rua Generino Jose de Santana

Nº: Sem saída de

Complemento: povoado lagoa nova - vizinho a joazinho da farmacia

Bairro: Povoado

CEP: 49.680-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 008.240.155-17

Placa QKU0497

Renavam D1077197958

Número do Motor JB01E0G109234

Número do Chassi 9C2JB0100GR109234

Ano/Modelo Fabricação 2016/2015

Cor VERMELHA

UF Veículo SE

Município Veículo Nossa Senhora da Glória

Marca/Modelo HONDA/POP 110I

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 19/02/2020

Situação do Veículo NADA CONSTA



Impresso por: Gessica Lorene Oliveira Alves

Data de Impressão: 13/01/2021 11:35:25

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Jorge de Santana Santos *Glória*



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00003671/2021

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia e hora supracitados estava caminhando na avenida próxima à loja Avelan Materiais de construções, quando foi atingido por uma motocicleta de placa QKU0497. Que Foi arremessado ao chão e, em decorrência do acidente, teve dois ossos da perna quebrados e um corte na cabeça. Que O condutor da moto não fugiu do local. Que A SAMU foi acionada e o mesmo foi encaminhado ao hospital Regional de Nossa Senhora da Glória. Que Registra este BO para dar entrada no seguro DPVAT. Que Trouxe relatório médico comprovando as lesões sofridas.

ASSINATURAS


Gessica Lorene Oliveira Alves
Agente de Polícia
Matrícula 858155956
Responsável pelo Atendimento


Jorge de Santana Santos
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 888-920-005-78 4 - Nome completo da vítima: Jargel de Santana Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Jargel de Santana Santos 6 - CPF: 888-920-005-78
7 - Profissão: Lavrador 8 - Endereço: Pov. Lagoa Nova 9 - Número: 510 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: N. Sra. da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49680100
15 - E-mail: marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 7999389207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 612 2 CONTA: 26-139 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, N. Sra. da Glória 11/05/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03/03/2021 - BANCO DO BRASIL - 07:50:21
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: JORGE DE SANTANA SANTOS

AGENCIA: 612-2 CONTA : 26.139-4

DATA : 03/03/2021

NR. DOCUMENTO 061273825075021

VALOR DINHEIRO 5,00

VALOR TOTAL 5,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 1

NR. AUTENTICACAO F.901.92D.7B7.BF4.EB3

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Nome do Cliente
JOSEFINA DE SANTANA

CPF: ***.***.***-**

Endereço:
RUA GENERINO JOSE DE SANTANA, DESO 00000, POV LAGOA NOVA, 49680-000

Grupo de Abastecimento/Consumidor	Data de Entrega	Medição	Consumo/Preço e Tarifas
524001/00192	06/01/2021	A19F106113	RES: 1

Leit. Anterior	89	HISTÓRICO DE CONSUMO	
Leit. Atual	78		
Consumo Faturado (m³)	10		
Média de consumo (m³)	5		
Ocorrência da Leitura			
Data da Leit. Anterior	04/12/20	REP. (m³)	
Dias de Consumo	33	12/20	00004
Média diária (m³)	0,15	11/20	00012
Previsão para Próx. Leit.	05/02/21	10/20	00008
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		09/20	00005
		08/20	00004
		07/20	00002

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
 COFINS: 2,67 PASEP: 0,82

Serviços	Valor
AGUA	37.74
ESGOTO	0.00

Vencimento: 01/2021	VENCIMENTO: 14/01/2021	TOTAL A PAGAR R\$ 37.74
---------------------	------------------------	-------------------------

O REAJUSTE TARIFÁRIO DE 5,36%, CUJA A APLICAÇÃO FOI SUSPENSA EM 01/03/2020 DEVIDO A PANDEMIA, SERÁ APLICADO NAS FATURAS EMITIDAS A PARTIR DE 01/02/2021.

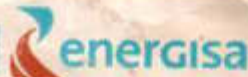
A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.565/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agencyvirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art. 5º, inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fóforo	Coliformes Totais	Enterococos Col
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	50	10	50		50	
Nº de Amostras Analisadas	50	50	50		50	50
Nº Amostras de Conformidade com Portaria 2.914/2011	50	50	50		50	50

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SÍLOS, 02177 CASA A - SÍLOS
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE - CEP 45200-000



Ligação SPASCO
Obrigaç. RES MTC E/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Retorno 8-435-340-7481 Retorno Fax 2020
Módulo E0002549123 Emissão 07/02/2020

ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGI SA
Rua Manoel de Sá, 81 - Macé Barreto
Aracaju / SE - CEP 45040-150
CNPJ 07.460.004/0001-03 Insc. Est. 011.767.436
Inscrição Contrib. de Energia Elétrica Nº 20.964.840
CDA para Dis. Automática 00009121879

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2020	07/02/2020	10/03/2020	020.003.678-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Conheça a 3ª via, nossa identidade visual de qualidade!
Ele pode te ajudar com informações sobre o status
ouvir a segurança de seu ponto de energia,
e até fazer pedidos de reparação.
Seja nos canais digitais ou sempre que precisar,
0800101-1715

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/01/20	2823	07/02/20	2823	
Demonstrativo				
001 - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor
001 - Consumo Mensal	00.000	0,0000	0,00	0,00
001 - 400-E Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 - CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 - APOSENTADORIA 2020	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 - MULTA 01/2020	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				
001 - Consumo Mensal	00.000	0,0000	0,00	0,00
001 - 400-E Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00
0001 - CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 - APOSENTADORIA 2020	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 - MULTA 01/2020	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				
001 - Consumo Mensal	00.000	0,0000	0,00	0,00
001 - 400-E Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00
0001 - CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 - APOSENTADORIA 2020	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 - MULTA 01/2020	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				
001 - Consumo Mensal	00.000	0,0000	0,00	0,00
001 - 400-E Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00
0001 - CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 - APOSENTADORIA 2020	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 - MULTA 01/2020	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				
001 - Consumo Mensal	00.000	0,0000	0,00	0,00
001 - 400-E Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00
0001 - CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 - APOSENTADORIA 2020	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 - MULTA 01/2020	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				
001 - Consumo Mensal	00.000	0,0000	0,00	0,00
001 - 400-E Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00
0001 - CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 - APOSENTADORIA 2020	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 - MULTA 01/2020	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				

VENCIMENTO 14/02/2020
TOTAL A PAGAR R\$ 62,98

Histórico de Consumo (kWh)

120 172 139 102 173 115 54 27 89 119 113 172
Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20

RESERVADO AO FISCO
Ocad.a6bd.bd84.d45d.4efe.7867.8f45.e754

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DESEMPENHO	0,03	1,00	NORMAL	Consumo de Energia	12,72	20,20
DESEMPENHO	12,20			Consumo de Energia	15,94	25,33
DESEMPENHO	24,42			Consumo de Energia	2,24	3,56
DESEMPENHO	36,64			Consumo de Energia	26,15	41,00
DESEMPENHO	48,86			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	61,08			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	73,30			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	85,52			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	97,74			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	109,96			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	122,18			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	134,40			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	146,62			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	158,84			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	171,06			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	183,28			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	195,50			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	207,72			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	219,94			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	232,16			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	244,38			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	256,60			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	268,82			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	281,04			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	293,26			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	305,48			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	317,70			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	329,92			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	342,14			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	354,36			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	366,58			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	378,80			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	391,02			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	403,24			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	415,46			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	427,68			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	439,90			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	452,12			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	464,34			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	476,56			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	488,78			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	501,00			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	513,22			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	525,44			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	537,66			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	549,88			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	562,10			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	574,32			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	586,54			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	598,76			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	610,98			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	623,20			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	635,42			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	647,64			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	659,86			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	672,08			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	684,30			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	696,52			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	708,74			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	720,96			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	733,18			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	745,40			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	757,62			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	769,84			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	782,06			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	794,28			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	806,50			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	818,72			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	830,94			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	843,16			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	855,38			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	867,60			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	879,82			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	892,04			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	904,26			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	916,48			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	928,70			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	940,92			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	953,14			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	965,36			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	977,58			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	989,80			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1002,02			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1014,24			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1026,46			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1038,68			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1050,90			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1063,12			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1075,34			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1087,56			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1099,78			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1112,00			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1124,22			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1136,44			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1148,66			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1160,88			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1173,10			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1185,32			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1197,54			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1209,76			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1221,98			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1234,20			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1246,42			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1258,64			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1270,86			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1283,08			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1295,30			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1307,52			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1319,74			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1331,96			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1344,18			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1356,40			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1368,62			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1380,84			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1393,06			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1405,28			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1417,50			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1429,72			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1441,94			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1454,16			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1466,38			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1478,60			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1490,82			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1503,04			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1515,26			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1527,48			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1539,70			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1551,92			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1564,14			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1576,36			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1588,58			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1600,80			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1613,02			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1625,24			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1637,46			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1649,68			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1661,90			Consumo de Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	1674,12			Consumo de Energia	0,00	0,00</

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 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-173409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jorge Marcos de Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020-003-675 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jorge de Santana Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 888-920-005 / 78

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Jorge de Santana Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 888-920-005 / 78 conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

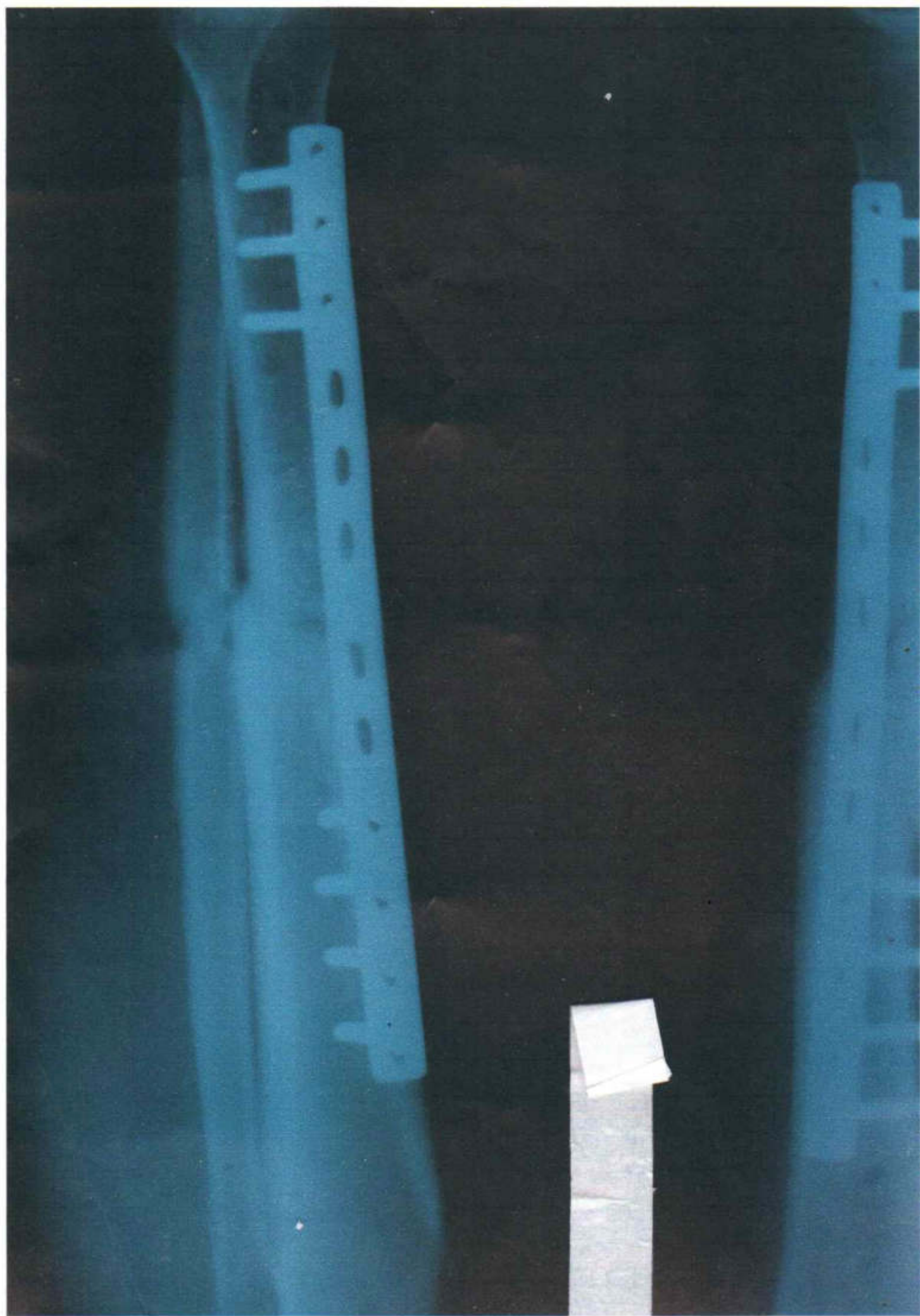
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua das Silvas</u>	Número: <u>257</u>	Complemento: <u>lado A</u>
Bairro: <u>Silvas</u>	Cidade: <u>N. Srta. da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosduglerui@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79 999 38 92 04</u>

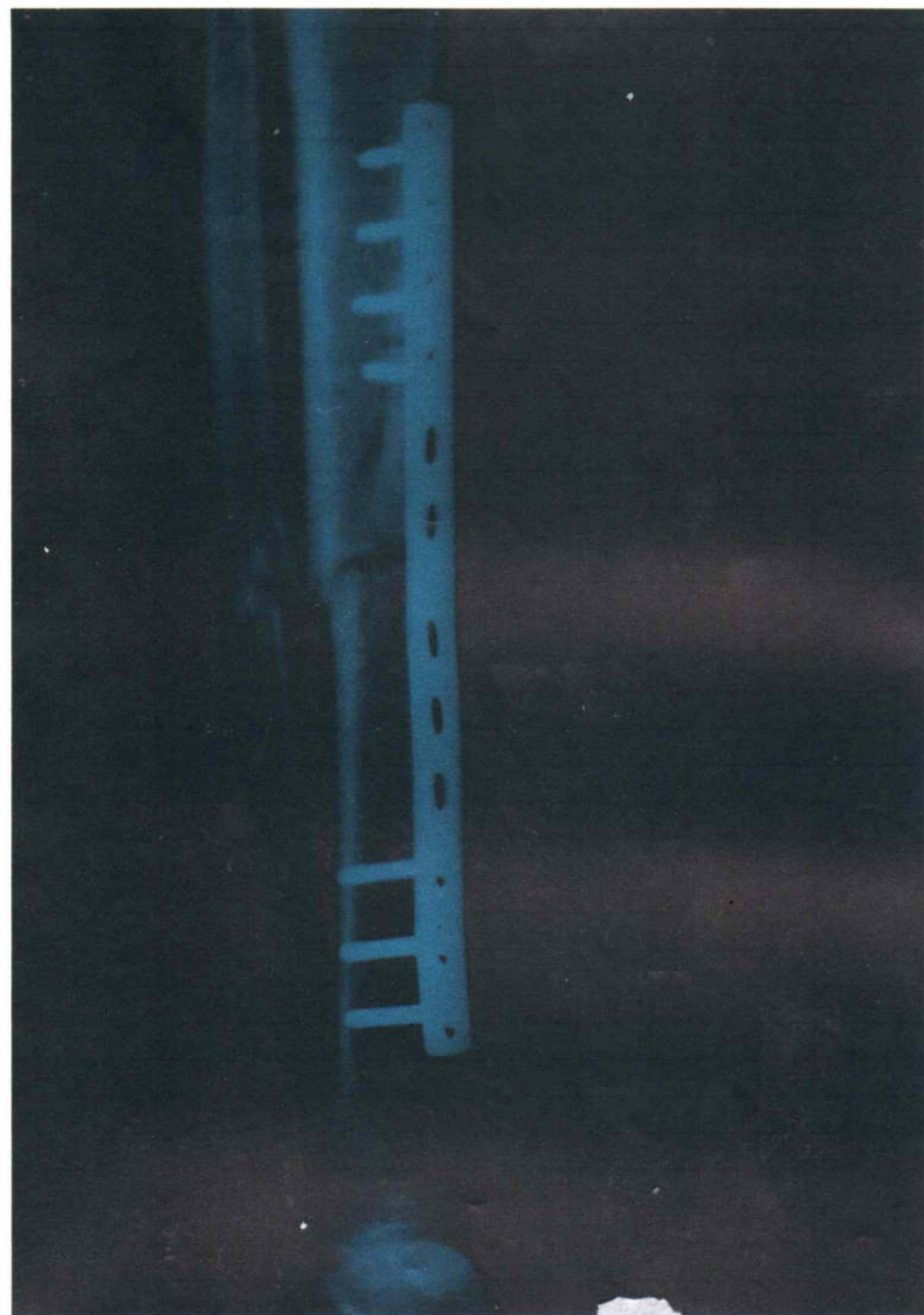
Local e Data: Nossa Senhora da Glória 11/05/2021

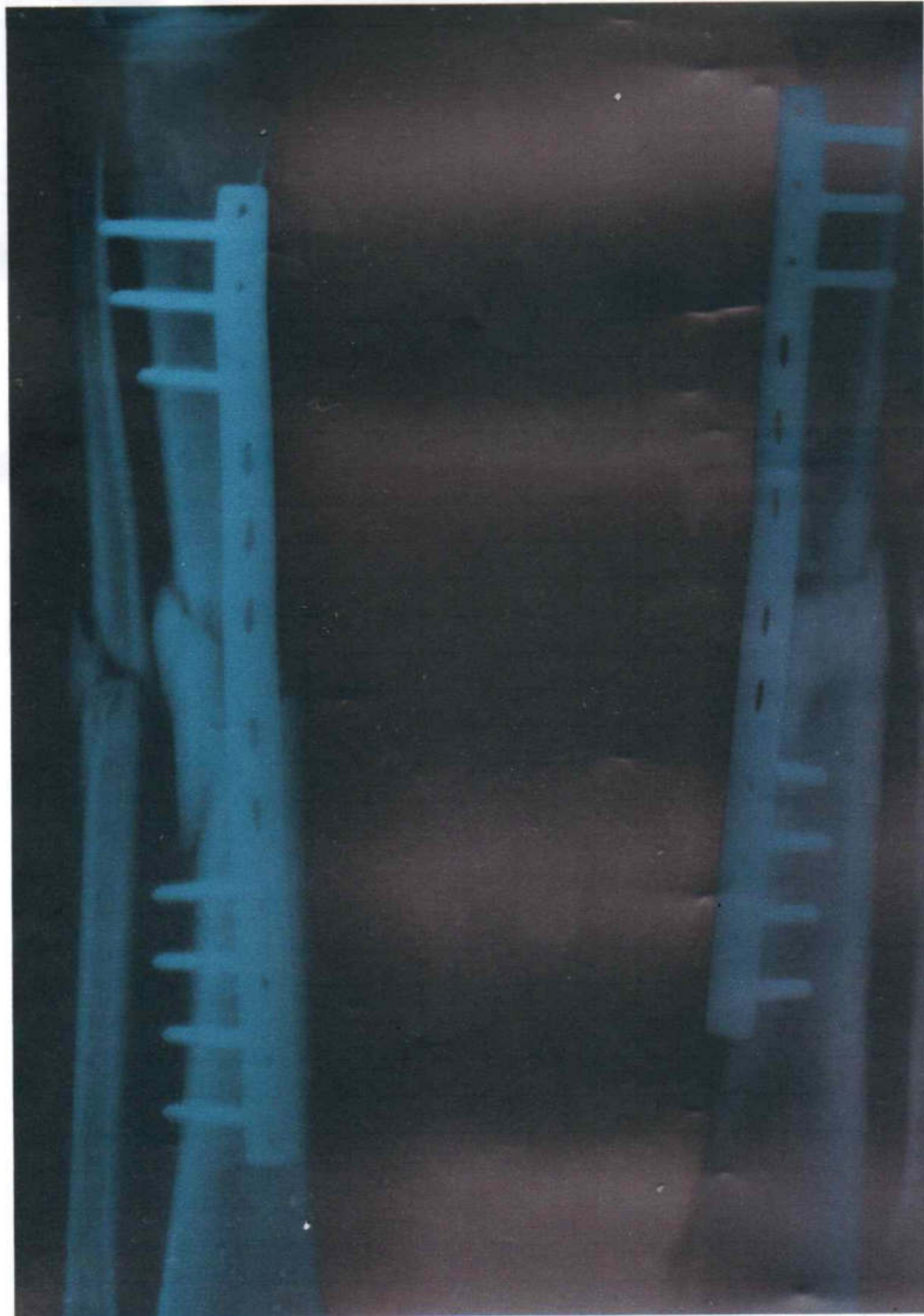
Jorge Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

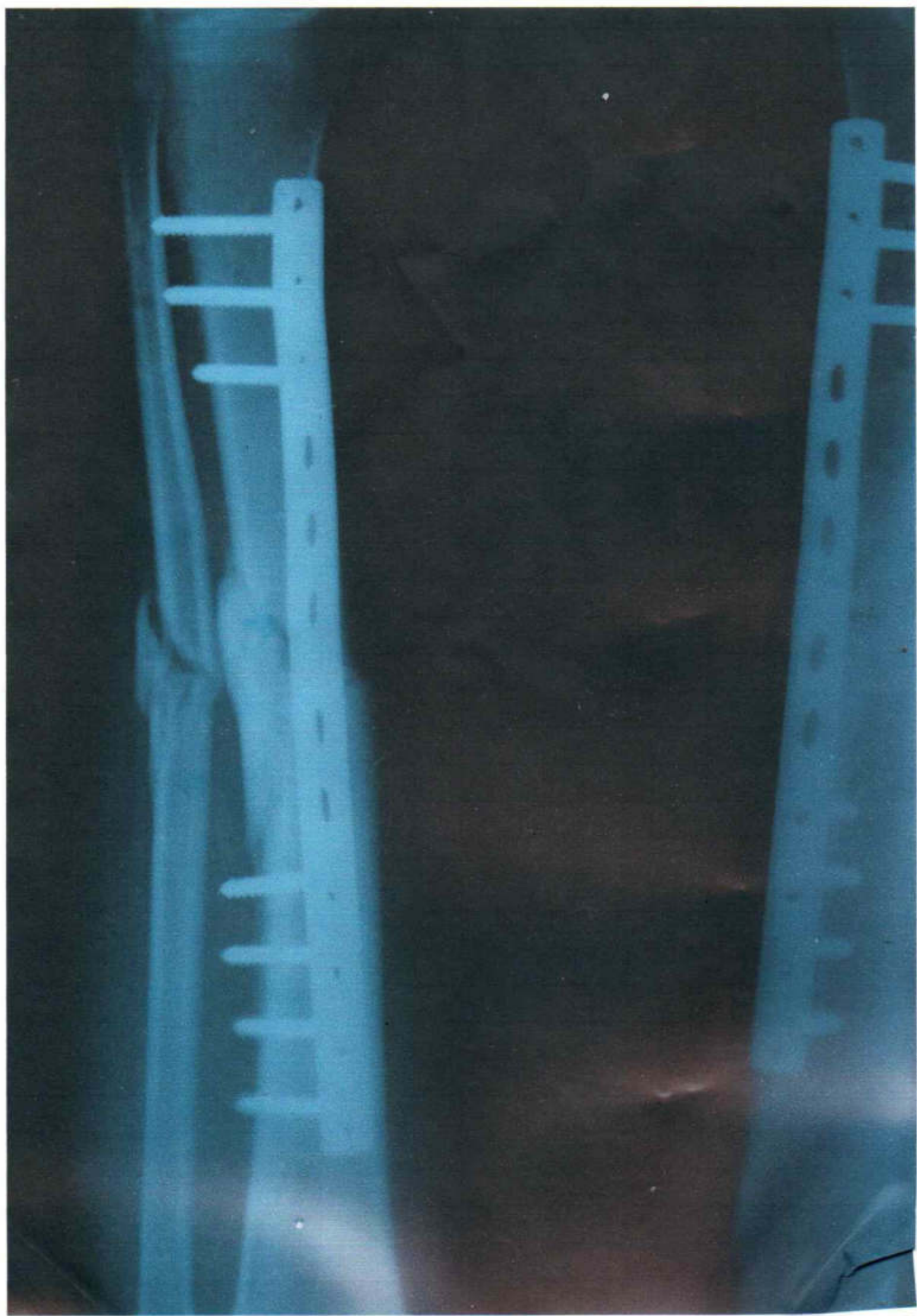


124.1
15.1









RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: João Roberto de Santana Junior

DATA DA ENTRADA: 22/10/2022

DATA DA SAÍDA: 27/11/2022

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:

Paciente com história de doença do trato com relato de ingestão de bebida alcoólica, que provocou trauma expulso de fígado direito. Foi submetido à operação no peritônio. Evoluiu para alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

01/10/2022 de Trauma de Fígado Direito

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx do Peto Direito e 24 +
Profunidade.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Sérgio Cavalcanti, em 18/2

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (x)

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

EVASÃO ()

ARACAJU

de

12

de

27

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Ortopedia

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 198866
CNS:

DATA: 22/10/2020 HORA: 21:42 USUARIO: JJAZEVEDO
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JORGE DE SANTANA SANTOS DOC...:
IDADE.....: 51 ANOS NASC: 18/06/1969 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POV PEBAS NUMERO:
COMPLEMENTO....: SEM SUS BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
NOME PAI/MAE...: JOSE AVELINO DOS SANTOS /JOSEFINA DE SANTANA
RESPONSAVEL....: TRAZIDO PELO SAMU-FILHO-FELIPE TEL....: 79-9988395
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE 74
ATENDIMENTO....: VITIMA DE ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Atropelado por moto, relato de alcoolismo, apresenta fratura exposta perna direita, pequeno hematoma em couro cabeludo.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

ABC sem alterações

DIAGNOSTICO: D = embriagado CID:

D = fratura exposta perna

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

As Cuidados da Ortopedia
Feito suture e de Ferimento
Alta da Cirurgia Geral

DATA DE SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVOLUÇÃO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] VML [] ANAT. PATOI

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Rx de perna direita 2 pontos

REALIZADO EM 22/10/2020

AS 22:46 HORAS

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome Completo JORGE DE SANTANA SANTOS
 Data de Nascimento: 12/06/1969
 Sexo MASCULINO
 Responsável JOSE AVELINO DOS SANTOS
 Mãe da Mãe JOSEFINA DE SANTANA
 Endereço RUA PEBAS SEM SUS
 Tipo de Habitação CASA RURAL
 Telefone 73-998839974
 Ocupação 2804008 - SE
 Nacionalidade BRASILEIRO
 Grau de Instrução SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada:	1 - EMERGENCIA	No. do BE:	198866
Clinica:	018 - CENTRO CIRURGICO SRPA		
Valor da Internacao:	R\$9.0070		
Data de Internacao:	02/10/2020		
Forma de Internacao:	01:48		
Indice Gravitante:	094.955.055-36 - WAGNER JOSE ANDRADE SANTOS		
Proced. Solicitado:	NAO INFORMADO		
Diagnostico:	NAO INFORMADO		
Observacoes:	ARQUIVISTA		

1. **INSTRUMENTOS DE SAÍDA**[illegible]

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM ____/____/____
AS ____ HORAS
TÉCNICO EM RADIOLOGIA

NOME _____
 ELETROCARDIOGRAMA _____
 EXAMES(S) REALIZADO(S) _____
 DATA: _____
 HORÁRIO: _____
 TÉCNICO: _____

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM 23/10/2020
AS 14:50 HORAS
TÉCNICO EM RADIOLOGIA

HUSE

HOSPITAL URGÊNCIA DE SERGIPE

on

PRESCRIÇÃO MÉDICA - ORTOPEDIA

PACIENTE: JORGE DE SANTANA SANTOS

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE PERNA DIREITA

DATA: 22/10/2020

01. DIETA VO LIVRE	SynD
02. KEFAZOL 1G EV 8/8H OU KEFLIN 1G IV 6/6	OG 18 24
03. TRAMAL - 100MG + SF0,9% - 100 ML EV DE 8/8 HS(SOS)	SOS
04. DIPIRONA 2mL EV OU PARACETAMOL, 500MG, VO DE 06/06HORAS	OG 16 22
05. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	OG 18
06. PROFENID, 100MG+100ML SF0,9%, EV, 12/12H	12 24
07. CLEXANE 40MG, SC, 1X/DIA	18 hs.
08. PLASIL 2,0 ML + AD 8,0 ML EV 8/8 SOS	SOS
09. GLICOSE 50%, 02 AMPOLAS, EV, SE HGT <70	ATENÇÃO
10. INSULINA REGULAR, SC, CONFORME ESQUEMA: 180-200: 2U 201-250: 4U 251-300: 6U 301-350: 8U 351-400: 10U >400: 12U	OG 18 24 115 100
10. CAPTOPRIL - 25 MG VO SE PAS >160 E/OU PAD >100 MMHG	ATENÇÃO
11. SONDA VESICAL DE ALÍVIO, S/N.	S/N
12. OLEO MINERAL 20ML VO SE CONSTIPACAO	SOS
13. LUFTAL 40 GTS SE NECESSARIO	SOS
14. SSVV E CCGG 6/6H	
15. CURATIVO DIÁRIO	18 (24/10)
16. RADIOGRAFIA DE CONTROLE	
17. GENTAMICINA, 240MG, EV, 1X/DIA	OG 18

Evolução: Paciente alcoolizado, vítima de acidente automobilístico motox carro. Apresenta fratura exposta de perna (gustillo 3), sem possibilidade de fixação definitiva no primeiro momento. Com indicação de tratamento cirúrgico conforme ato cirúrgico, para controle de danos

Cd: Cirurgia conforme ato

- radiografia de controle e pré-op

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 05 / 11 / 2020.

14º DIH

NOME: Jorge de Santana Santos 51anos - B 2.4

DIAGNÓSTICO (S): Fratura Exposta Tíbia E

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1g EV 6/6hs	12 18 24 0
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia	
5º. Dípirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 750mg VO 6/6hs	12 18 24 06
6º. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO 12/12hs	18 06
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia SUSP	
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
4º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	m
16º SSVV 6/6hs	
17º	
18º	
19º	
20º	
21º	

Luciane Elísio dos Santos
COREN-SE 138.883-F1

Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

Página n

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA
------	------

HISTÓRICO

2510

pac. admitido de UIC - LOTE - Empresa. Com uso de SUP +
cuidado em quarto no momento. Segue em estado de
equilíbrio emocional. Dr. S. G. de S. —————
Fabiana Cardoso San
MORALCE - 3323407

Fabiana Cardoso San
COREN-SE - 332540-1

29/11/18

Account: E15000, J - done

Re: 19-0-VIA-50



Nome do Paciente: Jorge de Santana Santos

Página n

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

07/11/2010

FE

Submetido a Rastreamento de
FE e fixado sistema com
placa e parafuso.
Procedimento realizado com sucesso.

CD: A. S. P.

Dr. Heidelberg Lins

CRM-SE 5472

glaciosa exigida sos mg/dl

150

14h

Paciente no leito, calma, consciente, orientado, em uso de insulina por AVP, no momento em atendimento, as cuidados da equipe tequyruud ebre

100

650 923

15h

Acitou lunch

tequyruud

16h

Paciente encaminhado para UPE

tequyruud

16:50

Admission na UPE, orientado, acordado, hidratado, em uso de AVP hidralazid

17h

Administrado medicação de rotina, autônomo deita

18h

Paciente em leito, sem alteração de estado de consciência, em uso de AVP, hidralazid, insulina, morfina, paracetamol, clonitazina, furosemida, enalapril, aspirina, clopidogrel, atorvastatina, metoprolol, lisinapril, carvedilol, diltiazem, gabapentina, pregabalina, tramadol, clonazepam, zolpidem, zopiclona, melaxina, clonitazina, furosemida, enalapril, aspirina, clopidogrel, atorvastatina, metoprolol, lisinapril, carvedilol, diltiazem, gabapentina, pregabalina, tramadol, clonazepam, zolpidem, zopiclona, melaxina

19h

Paciente sem intercorrências, em leito, em uso de AVP, hidralazid, insulina, morfina, paracetamol, clonitazina, furosemida, enalapril, aspirina, clopidogrel, atorvastatina, metoprolol, lisinapril, carvedilol, diltiazem, gabapentina, pregabalina, tramadol, clonazepam, zolpidem, zopiclona, melaxina

20h

Admission na UPE, orientado, acordado, hidratado, em uso de AVP, hidralazid, insulina, morfina, paracetamol, clonitazina, furosemida, enalapril, aspirina, clopidogrel, atorvastatina, metoprolol, lisinapril, carvedilol, diltiazem, gabapentina, pregabalina, tramadol, clonazepam, zolpidem, zopiclona, melaxina

21h

Admission na UPE, orientado, acordado, hidratado, em uso de AVP, hidralazid, insulina, morfina, paracetamol, clonitazina, furosemida, enalapril, aspirina, clopidogrel, atorvastatina, metoprolol, lisinapril, carvedilol, diltiazem, gabapentina, pregabalina, tramadol, clonazepam, zolpidem, zopiclona, melaxina

22h

Admission na UPE, orientado, acordado, hidratado, em uso de AVP, hidralazid, insulina, morfina, paracetamol, clonitazina, furosemida, enalapril, aspirina, clopidogrel, atorvastatina, metoprolol, lisinapril, carvedilol, diltiazem, gabapentina, pregabalina, tramadol, clonazepam, zolpidem, zopiclona, melaxina

23h

Paciente idoso, deitado no leito, acordado, orientado, acompanhado por familiares no momento, aceita a dieta, feito medições de hemoglobina e açúcar com prescrição Tce. Jui-ii

24h

Realizado banho no leito, feito troca de fraldas e higiene, administração medicação de horário, feito curativos em MMII, Tce. Jui-ii

25h

Feito medições de hemoglobina e açúcar com prescrição médica, Tce. Jui-ii

26h

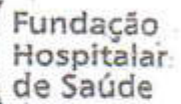
Acitou lunch de acordo

27h

Administrado medicação, segue em uso de Sados de enfermaria - Tce. Jui-ii



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22	07h	Admitido no SRPA. Em Plat. Física. Grav. H10 e 1-ficção de 100%. Análise. Seroterop. por Av em MEF, 70 minutos. Sem opor 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente:

Jorge de Santana Lima

Idade:

Sexo:

Data de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
21/12	10:00	Paciente admitido no SRPA com PA calma, corada, flocos em face e no tronco, verbalizando com calma, apresentando dor abdominal tipo cólica, com náuseas e vômitos. PA = 145/94 mmHg, P = 68 bpm, PO ₂ = 100%, saturação de oxigênio = 98%. Realizado curativo na região da sutura com PHMB + hidratação no leito + troca de lençóis.
22/12	13:00	Paciente a ser operatório imediato encontrado no leito, calma, consciente, orientado, respirando as secreções verticais, em U3, de ceto solenizado, curativo de bandagem no MTA no membro superior direito. PA = 128/66 mmHg, SAT = 97%, Fe = 57 (L).
22/12	18:00	Paciente a ser operatório imediato encontrado no leito, calma, consciente, orientado, respirando as secreções verticais, em U3, de ceto solenizado, curativo de bandagem no MTA no membro superior direito. PA = 128/66 mmHg, SAT = 97%, Fe = 57 (L).
23/12	07:00	Paciente encontra-se no leito, calma, afável, eupneico, consciente, verbalizando sem queixas. Realizado curativo na sutura com PHMB + hidratação no leito + troca de lençóis.

04/11/20 12hs Administrado medicacao de honorario (Rifampina + dipirona IV) conforme prescricao.

13:30 Paciente no leito, agitado, febre e suores. Em uso de ACP individualizado durante em MIN + sem acompanhamento. Acitou o laudo.

18 Administrado medicacao de honorario -

04
11
20

20hs Realizado medicacao de honorario no leito.

22hs Paciente sem sinais de melhora no momento.

24hs Administrado medicacao de honorario.

06hs Paciente continua agitado, febre e suores.

05 04hs Paciente no leito com dor abdominal, com febre, agitado, em uso de ACP individualizado. Sem melhora.

11 22hs Paciente no leito com dor abdominal, com febre, agitado, em uso de ACP individualizado. Sem melhora.

22 08hs Paciente no leito com dor abdominal, com febre, agitado, em uso de ACP individualizado. Sem melhora.

05/11/20 15:30 Refeicao no hospital de alta media, a pedido da equipe - flama.

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: JORGE DE SANTANA SANTOS

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

CIRURGIA REALIZADA: FIXAÇÃO EXTERNA

CIRURGIÃO: WALBER SOUZA

AUXILIARES:

ANESTESIA: RAQUI + SEDAÇÃO

ANESTESISTA: MÁRCIO

DIAG. PÓS: O MESMO

☐ CIRURGIA LIMPA

☐ CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

☒ CIRURGIA CONTAMINADA

☐ CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☐ SIM ☒ NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

☐ VIAS AÉREAS SUP. ☐ PULMONAR ☐ URINÁRIA ☐ SNC ☐ TGI

☐ CUTÂNEO ☐ AP. CARDIO-VASCULAR ☐ PLEURA ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ANTISSEPSE + ASSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3- LIMPEZA ABUNDANTE COM SF 0,9%

4- ACESSO PARA PASSAGEM DOS FIOS + REDUÇÃO

5- FIXAÇÃO EXTERNA EM TIBIA

6- CONFIRMAÇÃO FLUOROSCÓPICA

7- LIMPEZA COM SF 0,9%

8- SUTURA POR PLANOS

SUTURA DE LIGAÇÃO INTERNA (FSG) - 0,9%

9- CURATIVO

10- À SRPA

11-

12-

DATA: 22/10/2020



Assinatura do Cirurgião

Adaptado do impresso elaborado pelos integrantes da Liga em Unidade de Centro Cirúrgico (LAUCC) da Universidade Estácio. 2019.2 sob orientação dos pro

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA/HORA

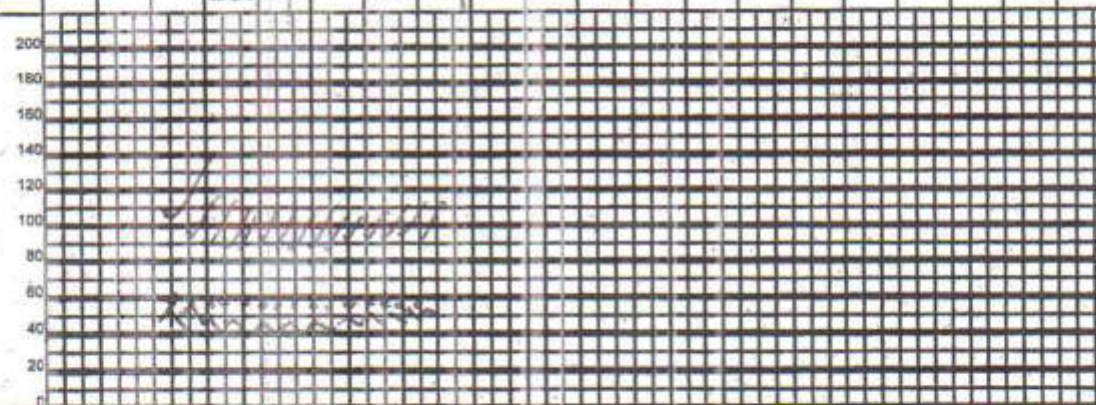
REGISTRO

ASSINATURA

23:15	Paciente admitido na S.O 09 vítima de acidente motociclístico. acordado, calmo, orientado, consciente, respondendo pouco às solicitações.	 Cecília Santos Téc. Enfermagem 621568	
23:30	Realizado nasgümanterias. sem intercorrências.		 Cecília Santos Téc. Enfermagem 621568
23:45	Início do procedimento cirúrgico, após limpeza abundante com SF0,9%. procedimento realizado sem intercorrências.		

ENCAMINHADO PARA: SRPA


Cecília Santos
Téc. Enfermagem
621568

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		 	
PACIENTE: Jorge de Santana Santos		REGISTRO: 24130			
UNIDADE:	MEDICO:	LEITO:			
CIRURGIA PROGRAMADA: Fixação fixação de tibia		CIRURGIA REALIZADA:		DATA: 03/11/2020	
ANESTESIOLOGISTA: Carolina Porto		TÉCNICA ANESTÉSICA: Raquianestesia		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:	
CIRURGIÃO: Paulo Salati		AUXILIAR:		ASA: I	
HORA DE INÍCIO: 8:40h	HORA DE TÉRMINO:	ACESSO VENOSO: HSD pelo 20G	POSICÃO: Decúbito Dorsal		
15	30	45	15	30	45
AGENTES INALATÓRIOS 					
FLUIDOS 					
					
CEC OUTROS		S/ intercorrências			
MONITORIZAÇÃO			CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA		
MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	X	PVC		
	PA INVASIVA		TEMPERATURA		
	ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE		
	OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO		
	CAPNOGRAFIA		PAM		
AGENTES ANESTÉSICOS			DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILAXIA	
1. FENTANIL 50µg IV				NOME:	
2. MIDAZOLAM 12mg IV					
3. NEOCAINA PESADA 0,5% 13mg IT				1ª Dose as: horas	
4. DILUÍDO 0,5mg IT				2ª Dose as: horas	
5. DEXAMETASONA 4mg IV				3ª Dose as: horas	
6. DIFENIDRAMINA 20mg IV					
7. CETOPIROFENO 100mg IV					
				OBSERVAÇÕES	
				Bloqueio Subaracnóideo	
				Amplia Guinche n° 26	
				S/L (medida 2), punção	
				útil	
				ENCAMINHADO PARA () UTI () UNIDADE	

CP80to
 Dr. Carlos Pereira S. Porto
 Anestesiologista
 CRM-SG 2367

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Jorge de Santana Santos.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Fratura de Tibia (D)

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento Cirúrgico de Tibia (D)

CIRURGIÃO: Paulo Salotti.

AUXILIARES: Heidelberg Lins (MR)

ANESTESIA: Ropiv. ANESTESISTA: Dra. Karina.

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO: C. Curioso

(X) CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTANEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DAA sob bloqueio anestésico
- 2) Fita Triatoma + ampicil + antiespasmódico
- 3) Retenção da fixação externa
- 4) Colocação curtos curtos externos
- 5) Acor anterior da perna (D)
- 6) Redução manobra da fratura
- 7) Fixação com placa para 12 furos
- 8) Plano fino contínuo.
- 9) Limpeza com SF69% + Remoção da Limbocina
- 10) curativo extenso. gesso sobre os planos.

DATA: 03/11/2010

Dr. Heidelberg Lins
Médico
CRM-SE: 6472

Assinatura do Cirurgião

Adaptado do Impresso elaborado pelos integrantes da Liga em Unidade de Centro Cirúrgico (LAUCC) da Universidade Estadual, 2019.2 sob orientação dos
Silvia Sanches e Alexandre Vasconcelos.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
DATA/HORA	REGISTRO	ASSINATURA
8:10	Paciente admitida no S.O. para diagnóstico de cetoacidose diabética. Consciente, orientada e colaboradora.	
8:40	Início da coleta de sangue para glicemia de jejum e glicemia de urgência.	
9:10	Após avaliação de glicemia e clonidine, iniciada a infusão de insulina regular em soro fisiológico.	
9:45	Término da coleta de sangue.	
9:50	Paciente encaminhada para o S.O. em uso de Serenite 1mg + 1mg.	

CAMINHADO PARA:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

Jonas Roberto B. foi atendido (a), nesta unidade dia 20/05/20

tendo sido submetido (a) tratamento ☒ cirúrgico () conservador de

fratura de fêmur

CID

S87

ARACAJU,

05

11

20

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

14-034

No. DO BE: 462443

DATA: 29/01/2021

HORA: 21:12

USUARIO: ACBDAMASCENO

CNS:

SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JORGE DE SANTANA SANTOS

DOC....:

IDADE.....: 51 ANOS NASC: 18/06/1969

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: POVOADO DOS PEBA

NUMERO:

COMPLEMENTO....: CASA

BAIRRO: ZONA RURAL

MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA

UF: SE

CEP....: 49680-000

NOME PAI/MAE...: JOSE AVELINO SANTOS

/JOSEFINA DE SANTANA

RESPONSAVEL....: NAO TROUXE RG

TEL....: NAO TEM

PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE

ATENDIMENTO....: OUTROS NAO ESPECIFICADOS

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[] RAO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente apresentando ulcera em regiao de perna esquerda há uma semana. O mesmo refere que foi vítima de acidente motorciclístico há 4 meses e apresenta platema no membro.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Solicito Rx de perna

② Reforço de 1g de

② Ausiliação do ortopedista

③ Solicito laboratório

ECF

Medico: *[Assinatura]* Vasconcelos
Medica
CRM SE 5660

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

As 21:30hs Realizado a limpeza da perna e administração de medicamentos e P.M.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

JEI:XA

PROFISSÃO:

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

PO

ALERTA/ORIENTADO ☐LETÁRGICO ☐OBNUBILADO ☐TORPOROSO ☐COMATOSO ☐OUTROS ☐

HISTÓRIA PREGRESSA

☐ DIABETES☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL☐ CARDIOPATIA☐ AVC☐ OUTROS:

QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM ☐NÃO ☐

QUAIS:

MEDICAMENTO EM USO

SIM ☐NÃO ☐

QUAIS:

DADOS VITAIS

Glicose

mg/dl

Pressão Arterial

/

mmHG

Frequência Cardíaca

bpm

Temperatura

°C

Frequência Respiratória

l/rpm

Saturação de Oxigênio

%

Peso

kg

RISCO:

VERMELHO ☐AMARELO ☐VERDE ☐AZUL ☐

OBSERVAÇÃO:

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

RENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE SAÍDA:

Assinatura e Carimbo

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 457257 DATA: 15/12/2020 HORA: 11:01 USUARIO: LMBSMELO
CNS: SETOR: 06-CONSULTA EM ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JORGE DE SANTANA SANTOS DOC...:
IDADE.....: 51 ANOS NASC: 18/06/1969 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO DOS PEBA NUMERO:
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
NOME PAI/MAE...: JOSE AVELINO SANTOS /JOSEFINA DE SANTANA
RESPONSAVEL...: NAO TROUXE RG TEL...:
PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
ATENDIMENTO...: OUTROS NAO ESPECIFICADOS
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 1 / 1 / 2020 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/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Fundação Hospitalar de Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Regional Gov. João Alves Filho

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Regional Gov. João Alves Filho

2 - CMS

2 4 2 1 5 4 2

4 - CMS

2 4 2 1 5 4 2

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JUSTINA AG. SANTANA

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

14034

7 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

4013101017181619121118101712

9 - DATA DE NASCIMENTO

18/06/1969

10 - SEXO

Masculino

11 - RACIA DOOR

13

11 - NOME DA MÃE

JUSTINA AG. SANTANA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOÃO ALVES FILHO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA DOS SANTOS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOVA FORTUNA - RJ

17 - CIDADE DO MUNICÍPIO

2804508

18 - UF

SJ

19 - CEP

47680000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prta 11 PSA História de Tabaco
11 Exatidão do controle de
Sintex

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Prta 11

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

Exame + Tg

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Prta 11

24 - CID 10 PRIMÁRIO

S82

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Prta 11

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CIS () CPF

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

81530011544

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Prta 11

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CID: ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CIS () CPF

50 - Nº DO DOCUMENTO (CIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Sergipe

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 14034

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: JORGE DE SANTANA SANTOS

Documento.....: Tipo:

Nascimento....: 18/06/1969

Estado Civil..:

Idade.....: 51 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: JOSE AVELINO SANTOS

Nome da Mae...: JOSEFINA DE SANTANA

Endereco.....: POVOADO DOS PEBA, CASA CEP: 49680.000

Telefone.....: NAO TEM

Bairro.....: ZONA RURAL

Município....: 2804508 - NOSSA SENHORA DA GLORIA - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 31/01/2021

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE

Jorge de Santana S.B.

LEITO

ENFERMARIA

EVOLUÇÃO

Data/Hora

31/01/21

Ortopedia #
Recuperação funcional da mão direita, com N/D/D,
- uso de Círculo + Clinde, e febre.
Cd. Montido.
Lab. Isis



01/fev/21

Ortopedia
Pele intacta sem queimadura na mão
Ainda sem ferida cirúrgica
Exames de laboratório (31/01): Hb: 10,9 Ht: 33,6 Plaq: 236
Leuco: 6400

Cd. Montido + Antáxas

Thiago M. L. L. L.
Ortopedia - CRM 1729

07 FEV 2021

02/02/21

Ortopedia

07.30

- Ferida operatória infectada em tíbia D, com
exposição de material de síntese.
Paciente no leito, sem queimaduras no mo-
mento, com curativo secretivo. FO ainda com
necrose infectada e não cicatrizada. Novos
laboratório já com Hb=17,4; Ht=35,4, Leuco:
6.700, Plaq=298.000, Creat=1,0, Ureia=78, Glic=126.
Cond. ① Manter a antibioticoterapia venosa,
curativo diário e observação de partes moles.
② Vide prescrição médica

Dr. Morgana Lyra Cavalcante de Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 4936 J2016647

EVOLUÇÃO MEDICA

EVOLUÇÃO

Data/Hora

03

A. Acute infection of

01

could maintain nerve palsy & infection of pleura

01

CD: - transfer & patient now in H56 (level of origin)

Dr. Wagner Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 4255 TEOT 14562

	HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO NOSSA SENHORA DA GLORIA	
---	---	---

INTERNAMENTO CIRÚRGICO					
Nome:	Jorge de Santana Srs				
Idade:		Data de Nasc.:		Prontuário:	
Leito:					

HD: F.O. infectado - tibia (D) com infecção de Snter

Data	Prescrição Médica	Aproximadamente
1	REPOUSO no leito	500 500
2	DIETA VD, líquida	500 500
3	SORO 3509% 1000ml EV - 24L	500 500
4	DIPIRONA, 01 AMP + 08 ML AD, EV DE 6/6H SE DOR	500 500
5	CETOPROFENO, 100 MG, EV DE 12/12H SVP	500 500
6	TRAMAL, 100MG + 100MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	500 500
7	ONDASENTRONA, 08MG + 50MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE NÁUSEAS E VÔMITOS	500 500
8	ENOXAPARINA, 40 MG, SC DE 24/24H	500 500
9	OMEPRAZOL, 40 MG, EV UMA VEZ AO DIA	500 500
10	KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H	500 500
11	CAPTOPRIL, 25 MG, SL SE PA > 160 X 110 MMHG	500 500
12	INSULINA REGULAR, SC, CONFORME HGT (HGT DE 6/6H): ≤ 200MG/DL: 0 301-350: 06 UI 201-250: 02 UI 351-400: 08 UI 251-300: 04 UI ≥ 401: 10 UI AVISAR PLANTONISTA	500 500
13	GLICOSE 25%, 04 AMP, EV SE HGT < 60 MG/DL. REPETIR HGT APOS 20 MIN. SE PERSISTIR HIPOGLICEMIA, AVISAR AO MÉDICO PLANTONISTA	500 500
14	OXIGÊNIO SUPLEMENTAR SOB CATETER A 3L/MIN (SE SATO2 < 92%)	500 500
15	MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 2 HORAS - PREVENÇÃO DE ÚLCERA	500 500
16	CABECEIRA ELEVADA 30°	500 500
17	SSVV E CCGG	500 500
18	Liquido 400 EV 12/12h	500 500
19	CLINDA 600 EV 6/6h	500 500
20		500 500

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:

Dr. Washington Boleiro
CQREN-SE 133483-EX

DADOS VITAIS - FAVOR ANOTAR NOS CAMPOS ABAIXO

Data e Hora	Glicemia Capilar	PA (mmHg)	Tax (°C)	FC (bpm)	FR (ipm)	SO2 (%)	Diurese	Assinatura
6h00		100x60	35,2°	54bpm	-	-	+	Jorge de Santana
10h00		120x70	36,2°	59	-	-	+	Jorge de Santana
18h00		115x65	36,2°	57	-	-	+	Jorge de Santana
22h00		110x66	36,2°	54	-	-	+	Jorge de Santana

		HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO NOSSA SENHORA DA GLORIA		 Fundação Hospitalar de Saúde	
INTERNAMENTO CIRÚRGICO					
Nome:	Ingrid e Jomara Sombra				
Idade:		Data de Nasc.:		Prontuário:	Leito:
HD:	fo internado em +ba ① + exames do S. 14				

Data	Prescrição Médica	Apreçamento
01/fev/21	1 REPOUSO no leito	
	2 DIETA 100% Líquida	
	3 SORO 5100 ml 1000 ml 1/2 Lb	500 500
	4 DIPIRONA, 01 AMP + 08 ML AD, EV DE 6/6H SE DOR	905 1800
	5 CETOPROFENO, 100 MG, EV DE 12/12H	1500
	6 TRAMAL, 100MG + 100MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	305
	7 ONDASENTRONA, 08MG + 50MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE NÁUSEAS E VÔMITOS	505 1000
	8 ENOXAPARINA, 40 MG, SC DE 24/24H	06
	9 OMEPRAZOL, 40 MG, EV UMA VEZ AO DIA	06
	10 KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H	(5050)
	11 CAPTOPRIL, 25 MG, SL SE PA > 160 X 110 MMHG	
	12 INSULINA REGULAR, SC, CONFORME HGT (HGT DE 6/6H): ≤ 200MG/DL: 0 301-350: 06 UI 201-250: 02 UI 351-400: 08 UI 251-300: 04 UI ≥ 401: 10 UI AVISAR PLANTONISTA	
	13 GLICOSE 25%, 04 AMP, EV SE HGT < 60 MG/DL. REPETIR HGT APÓS 20 MIN. SE PERSISTIR HIPOGLICEMIA, AVISAR AO MÉDICOPLANTONISTA	
	14 OXIGÊNIO SUPLEMENTAR SOB CATETER A 3L/MIN (SE SATO2 <92%)	
	15 MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 2 HORAS - PREVENÇÃO DE ÚLCERA	
	16 CABECEIRA ELEVADA 30°	Novos
	17 SSVV E CCGG	Platão
	18 CIPROFLOXACINA 400mg ① 11/12h	1/2 18 25 08
	19 CLINDAMICINA 600mg ① 6/6h	
	20	

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:


 Thiago M. Leal
 Ortopedia CRM 4728
 01/FEV 2021

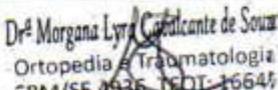
DADOS VITAIS - FAVOR ANOTAR NOS CAMPOS ABAIXO

Data e Hora	Glicemia Capilar	PA (mmHg)	Tax (°C)	FC (bpm)	FR (lpm)	SO2 (%)	Diurese	Assinatura
02.02 6h00	—	110x50	35.7	56	—	98%	Proxente	Clesimery Marques Trindade
12h00		120x80	35.8				+	Ma Sombra
18h00		110x80	36.4				+	Ma Sombra
22h00	—	120x80	35.4	67				Clesimery Marques Trindade

COREN-SE 650.277 - TI

	HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO NOSSA SENHORA DA GLORIA	 Fundação Hospitalar de Saúde
INTERNAMENTO CIRÚRGICO		
Nome:	Yorge de Santana Santos	
Idade:	Data de Nasc.:	Prontuário:
Leito:		
HD: FO infectada em tibia D + exposição de material de inter		

Data	Prescrição Médica	Apazamento
02/02/21	1 REPOUSO no leito	
	2 DIETA livre, VO	5ND
	3 SORO Fisiológico, 1000 ml p/ 24 h, EV	500 500
	4 DIPIRONA, 01 AMP + 08 ML AD, EV DE 6/6H ~~SE DOR~~	18 24 08
	5 CETOPROFENO, 100 MG, EV DE 12/12H (SUSPENSO)	
	6 TRAMAL, 100MG + 100MLSFO, 9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	Atenção
	7 ONDASENTRONA, 08MG + 50MLSFO, 9%, EV DE 8/8H SE NÁUSEAS E VÔMITOS	
	8 ENOXAPARINA, 40 MG, SC DE 24/24H (SUSPENSO)	
	9 OMEPRAZOL, 40 MG, EV UMA VEZ AO DIA	08
	10 KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H (SUSPENSO)	
	11 CAPTOPRIL, 25 MG, SL SE PA > 160 X 110 MMHG	Atenção
	12 INSULINA REGULAR, SC, CONFORME HGT (HGT DE 6/6H): ≤ 200MG/DL: 0 301-350: 06 UI 201-250: 02 UI 351-400: 08 UI 251-300: 04 UI ≥ 401: 10 UI AVISAR PLANTONISTA	
	13 GLICOSE 25%, 04 AMP, EV SE HGT < 60 MG/DL. REPETIR HGT APÓS 20 MIN. SE PERSISTIR HIPOGLICEMIA, AVISAR AO MÉDICO PLANTONISTA	Atenção
	14 OXIGÊNIO SUPLEMENTAR SOB CATETER A 3L/MIN (SE SATO2 < 92%)	
	15 MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 2 HORAS - PREVENÇÃO DE ÚLCERA	Atenção
	16 CABECEIRA ELEVADA 30°	Atenção
	17 SSVV E CCGG	Atenção
	18 Ciprofloxacina, 400mg, EV, 12/12 horas	18 08
	19 Clindamicina, 600mg, EV, 6/6 horas	18 18 30 08
	20	

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:	 Dr.ª Morgana Lyra <i>Capitã de Souza</i> Ortopedia e Traumatologia CRM/SE 4935 TST-16644  Joseane Alencar da Silva COREN/SE 281.840 EN
-------------------------------------	---

DADOS VITAIS - FAVOR ANOTAR NOS CAMPOS ABAIXO

Data e Hora	Glicemia Capilar	PA (mmHg)	Tax (°C)	FC (bpm)	FR (lpm)	SO2 (%)	Diurese	Assinatura
6h00	1	104x66	34,8°	-	-	-	+	
12h00	2	120x70	36,3	60	-	98	+	Rosângela
18h00		110x60	36,0	71	-	96	+	Rosângela
22h00								



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

PACIENTE:

SETOR:

LEITO:

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA 29.01.2021

22:00h: Paciente consciente, orientado, com lesões e
HTA. Recebeu PI traço e cirurgia ortopédica
de AVPE e HSE com gesso N.º 20 e uso de
paracetamol, segue os cuidados de Enfermagem.

23:30h: Paciente admitido neste setor para a continuidade do tratamento mantendo AP em
NBE + consciente + Orientado + verbalizando e ambulando.
24h Administrada medicação CPM.

06h Administrada medicação CPM.

06h Cópia SSN registrada em perfil.

30.01.2021 Receber também paciente segue Tratamento.

01.02.2021 Realizado curativo e avaliação pela médica
ortopédica, paciente sob cuidados da equipe.

12:00h SSN no gráfico, administrada medicação
presente, paciente verbalizando, consciente, segue
tratamento.

16:00h Paciente tomar banho nesse horário
das 16:00h a mesma segue sem acompanhamento
sem higiene pessoal, segue aos cuidados.

17:00h Realizado curativo pelo Dr.
18:00h Administrada medicação.

19:00h Paciente continua tratamento aos cu-
dados da equipe.

22:00h Administrada medicação prescrita, pa-
ciente sem queixa segue tratamento.

24:00h SSN no gráfico.

31.01.2021 Administrada medicação prescrita, pa-
ciente segue tratamento, SSN no gráfico, segue

01.02.2021 aos cuidados da equipe.

21.01.21 as 09:00h paciente realizou a higienização
pessoal, realizado curativo, aferido os
Sinais PA 120 x 70 FC 59; T: 36°C, não apresenta
queixas, segue aos cuidados de enfermagem.

12h adm. medicação de horário CPM.

16:00 Administrada clamp Toracaparina.
18h adm. medicação de horário.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA

22h Verificação. Sinais PA 110x80, FC 54, T=36,2 C. sem em hipoxia de pulmão, crepantes, orientado e colaborante sem desconfortos.

24h adm medicação de horários C.P.M. 1382523
 01/02/2021 às 06h adm medicação de horários C.P.M. 1382523

Verificação os sinais PA 100x60 mmHg FC 54 T 36,2 C. 1382523
 08:00h Paciente encontra-se no leito em decúbito dorsal consciente, Orientado, verbalizando, aceita dieta ofertada. Portando PVAP em MSE com seroterapia refere dor (+) de ombros (+) nega alga no momento segue sem queixas aos cuidados da equipe.

08:30h Realizado banho de aspersão + troca de lençóis + higienização do leito. Maria Solange Santos
 COREN-SE 925.498 - TE

10:00h Realizado troca de curativo em lesão MTD, aferido PA: 120x80 mmHg Tax: 35,8%.

12:00h adm. med. e PM de horários Maria Solange Santos
 COREN-SE 925.498 - TE

16:00h administrado med. C.P.M. de horários
 queixa-se de alga em MTD administrando dipirona 500mg e m. aferido PA: 110x80 mmHg Tax: 36,2% segue aos cuidados da equipe. Maria Solange Santos
 COREN-SE 925.498 - TE

01.02.21 às 18:00h, adm. medicação C.P.M. Maria Ilma de Barros
 Tec. de Enfermagem
 COREN-SE 0001189.574

01/02/2021 às 19h Paciente no leito em RFE + alívio + eupneico + consciente + orientado + alívio + ACP em MSE + FF (+) aceita dieta ofertada.

22h - Aferido SSAT registrado em gráficos (ver gráfico)
 23h - Paciente nega cefaleia e febre.

24h - adm. medicação C.P.M.
 06h Aferido SSAT registrado em gráficos (ver gráfico)
 06h Administrado medicação conforme prescrição. Clesimery Marques Trindade
 COREN-SE 650.277 - TE
 Paciente segue sem queixas nega cefaleia e febre.

As 07:00h recebe o plantão com o parente no leito externo verbalizando AVP MSD sem desconfortos.

As 08:00h realizado banho de aspersão + troca de lençóis + higienização do leito + curativo.

As 12:00h adm. MCPM + SSAT PA: 120x70 Tax: 36,3 FC: 60 bpm SpO2 98%.



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

PACIENTE: JORGE DE SANTANA SANTOS

SETOR: CLÍNICA MÉDICA

LEITO: 401-03

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA

As 22hs do dia 02.02.2021 Paciente no seu leito calmo, eupórico, afável. Sem febre no momento, aceitando a dieta ofertada. Diurese presente, dejeções presente com AVP em MSD com bom fluxo bem segure o abd. Examinado da equipe plantonista. As 22hs do dia 02.02.2021, sendo a PA = 114 x 71 mmHg, T = 36.2°C

Adenilson Gonçalves da Costa
CORENJE 40812/AE

04:00h adm. medicação de horários - C.P.M.

06:00h adm. medicação de horários - C.P.M.

08:00h adm. medicação de horários - C.P.M.

09:00h realizando banho - troca de lençóis, o mesmo consciente, orientado, colaborando, também realizando curativo pelo enfermeiro do plantão.

10:00h Visitas - PA 100 x 60 T = 67 T = 35.8°C

11:15h administração medicação de horários - C.P.M. fluído

11:57 Paciente em companhia da HUSE, o mesmo acompanhado pelo técnico do

benhido



HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR
JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

Sos 1 Jh Jt

ENFERMARIA

LEITO

Data/Hora

EVOLUÇÃO

29/01/21

Paciente com PSA Elevada
do peso e 211 gpm
do material de Lda
CD: TTT
A.P.B
Sol. Dth
Sol. Exames

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
Ortopedia / Traumatologia
A.P. 4887 / CRM-SE 5302

30/01/21

Paciente com PSA Elevada da
tela - (P) e apresenta exames de
Sintomas e Exames de S. Deque, etc.
com Exames de Lda

CD: Aguardar Exames e
Colocatório

31/01/21

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
Ortopedia / Traumatologia
A.P. 4887 / CRM-SE 5302

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO NOSSA SENHORA GLÓRIA - SE
PROCESSO DE ENFERMAGEM
PRONTO SOCORRO / ESTABILIZAÇÃO / POSTO 2 - APÓS 24 HORAS DE PERMANÊNCIA
ADMISSÃO

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: João de Deus Santos Leito 404-1
D.N.: 12/10/1969 Sexo: () F: () M. Data: 24.01.12 Hora da admissão: 22:30
Religião: _____ Escolaridade: _____
Ocupação: _____ Raça/Cor: _____ Estado civil: _____
Naturalidade: _____ Endereço: _____

Procedência: (☒) Residência () Hospital () Outros: _____

II- HISTÓRICO

Informante: (☒) Paciente () Familiar () Profissional de Saúde () Outros: _____

Antecedentes Familiares: _____

História Pregressa: () HAS () DM () Cardiopatias () Outros: hipertensão

() Tabagismo () Etilismo () Outros: _____

Alergias (☒) Não () Sim, qual(is): _____

Cirurgias () Não (☒) Sim, qual(is): _____

Usa prótese: (☒) Não () Sim, qual(is): _____

Uso de medicações (☒) Não () Sim, qual(is): _____

III- HISTÓRIA DA PATOLOGIA ATUAL/QUEIXA PRINCIPAL:

Paciente com queixa relatada em nota após procedimento
mieloma ortopédico

IV- ESTADO GERAL

(☒) BEG () REG () GEG

(☒) Consciente (☒) Orientado () Desorientado () Sedado () Ansioso () Confuso

() Sonolento () Torporoso () Comatoso () Agitado () Outros: _____

Visão: (☒) Sem alteração () Redução da visão () Perda da visão uni/bilateral

Fala: (☒) Com facilidade () Com moderação () Com alteração

Audição: (☒) Sem alteração () Perda parcial/total () Usa aparelho auditivo

Circulação: (☒) Normocárdica () Taquicardia () Bradicardia

Mucosas: (☒) Coradas () Hipocoradas +/4+

Alterações na Pele / extremidades: () Pálidez (☒) Acianótico () Cianótico +/4+ () Pele fria, úmida e pegajosa

(☒) Anictérico () Ictérico +/4+ () Tempo de preenchimento capilar ungueal < 2seg () Extrem. aquecidas

Alteração da função cognitiva? () Sim (☒) Não

Uso de Dispositivos: () A.V.P. em _____ () A.V.C em _____ () Drenos () Colostomia

() Gastrostomia

() S.N.G. () S.N.E. () T.O.T. () Traqueostomia () M.V. () M. c/ Reservatório () Cateter nasal tipo óculos () S.V.D.

() Fraída () Cistotomia () Outros: _____

V- NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Oxigenação

(☒) Eupneia () Dispneia () Bradipneia () Taquipneia () Apnéia

Nutrição / Hidratação

Última refeição às 19:00 h Expressa desejo de ingerir refeições: (☒) Sim () Não

() Inapetência () Outros: _____

(☒) Hidratado () Desidratado +/4+

Locomoção

Dificuldade de locomoção? () Não (☒) Sim, qual(is)? _____

Cuidado Corporal

Apresentando: (☒) BEG () REG () PEG Deseja banho? () Sim () Não

Termoregulação

Apresentando: (☒) Normotermia () Hipotermia () Hipertermia

VI- NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Segurança / Estado emocional

(☒) Calmo () Agitado () Triste () Ansioso () Relata estar com Medo () Sonolento () Outros: _____

Dor

Demonstra: () Expressão facial de dor () Posição para aliviar a dor

Comportamento expressivo: () Agitação () Choro () Vigilância

SSV: P.A.: _____ / _____ mmHg; T.ax.: _____ °C; P.: _____ b.p.m.; FR.: _____ l.r.p.m.; SPO₂: _____ %

Assinatura do Enfermeiro(a)/Coren: _____

João de Castro Andrade
RNE

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO/NOSSA SENHORA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: <u>Jorge de Santana Santos</u>	Leito: <u>401</u>
Idade: <u>51 anos</u>	Data: <u>30/01/2021</u> Hora: <u>16:50</u>
Diagnóstico Médico: <u>PSA Infetada de exposição de glândula da Tireoide</u>	
II- NECESSIDADE E AUTO CUIDADO	
LOCOMOÇÃO: <u>1</u>	
Deambula: () Não () Sim, Obs.: _____	
() Restrito () Acamado () Hemiplégico () Tetraplégico () Paraplégico	
Posição corporal: <u>Decúbito Dorsal</u>	
HIGIENE: CORPORAL: () Preservada () Prejudicada ORAL: () Preservada () Prejudicada	
SONO E REPOUSO: Satisfatório () Prejudicado () Insônia () Outros: _____	
NUTRIÇÃO TIPO: <u>De Língua</u>	
() Dieta aceita () Dieta aceita parcialmente () Não aceitou a dieta () Dieta zero () Dieta por SNG	
() Dieta por SNE () Gastrostomia Obser.: _____ h. Início da dieta em BIC/vazão: _____ ML/ _____ h.	
III-NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
✓ ESTADO GERAL () BEG () REG () GEG	
✓ AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	
() Consciente () Orientado () Desorientado () Ansioso () Confuso () Sonolento () Agitado () Outros: _____	
PUPILAS: () Isocóricas () Anisocóricas () Miose () Midríase () Fotorreagentes	
AVALIAÇÃO CUTÂNEA / MUCOSA / HIDRATAÇÃO	
() Anictérico () Ictérico +/4+ () Corado () Hipocorado +/4+	
() Aclanótico () Cianótico +/4+ () Hidratado () Desidratado +/4+	
PELE: () Ressecada () Inteira Presença de lesão cutânea: () Sim () Não	
Local(is): <u>Mano direita</u> Características: _____	
Tipo de curativo: _____	
CABEÇA: Alterações:	
Cabelos: () Normal () Alopecia () Seborrêia () Pediculose () Outros: _____	
OUVIDOS: () Audição preservada () Diminuída () Surdez () Secreção () Outros: _____	
BOCA: () Desvio de comissura labial () Halitose () Falhas dentárias () Língua saburrosa () Prótese () Outros: _____	
NARIZ: () Sem alterações () Rinorragia () Epistaxe () Outros: _____	
PESCOÇO: () Gânglios impalpáveis () Gânglios palpáveis () Outros: _____	
TÓRAX: () Simétrico () Assimétrico EXPANSÃO TORÁCICA: () Normal () Diminuída	
MAMAS: () Simétricas () Assimétricas () Nódulos palpáveis () Secreção () Outros: _____	
✓ SISTEMA RESPIRATÓRIO	
PADRÃO RESPIRATÓRIO: () Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Dispneico	
RESPIRAÇÃO: () Espontânea - sem uso de O ₂ () Espontânea - com uso de O ₂	
() V.N.I.: Tipo: _____ l/min	
AUSCULTA PULMONAR: () M.V. (+) S/ RA () MV à D ↓ () MV à E ↓	
() MV (+) C/ RA Qual (is): _____	
REGUL. TÉRMICA: () Normotérmico () Hipotermia () Hipertermia () Outros: _____	
✓ SISTEMA CARDIOVASCULAR	
AUSCULTA CARDÍACA / Ritmo: () Regular () Irregular () BNF s/ sopros () BNF c/ sopro	
PULSO: () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	
✓ SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Êmese () Náuseas () Pirose () Hematêmese () Outros: _____	
() S.N.E. () S.N.G. () S.O.G () Gavagem () Lavagem () Drenagem () Colostomias () Drenos () Incisão cirú	
ABDOMEN: Tipo: () Plano () Globoso () Semigloboso () Escavado	
Apresentação: () Normotenso () Tenso () Distendido () Doloroso à palpação () Ascite	
Ruidos hidroaéreos: () Presente () Diminuído () Ausente	
Visceromegalias: () Impalpáveis () Palpáveis: Local (is): _____	
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () Presentes () Ausentes () Constipação () Diarreia () Outros: _____	
✓ SISTEMA GENITURINÁRIO	
GENITALIA: Presença de Alterações: () Não () Sim: Qual (is): _____	
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () Espontânea () Estimulada () Fraldas () S.V.D. () S.U. () Citostomia	
ASPECTO: _____	ALTERAÇÕES: _____ VOLUME: _____
CICLO MENSTRUAL: () Regular () Irregular () Não se aplica () Outros: _____	
✓ MMSS E MMII	
Alterações: () Não () Sim, Qual(is): <u>PSA Infetada</u>	
IV-NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Segurança/ Estado Emocional	
() Calmo () Agitado () Triste () Ansioso () Relata estar com Medo () Sonolento () Outros: _____	
Dor	
Demonstra: () Expressão facial de dor () Posição para aliviar a dor	
Comport. expressivo: () Agitação () Choro () Vigilância Escala de dor(0a10): _____ Local: _____	
Segurança Física	
() Risco para Infecção () Risco para lesão () Risco para aspiração () Outros: _____	
SSVV: P.A.: <u>120/80</u> mmHg: T.ax.: <u>36</u> °C: P.: <u>96</u> b.p.m.: F.R.: _____ r.p.m.: SPO ₂ : _____	

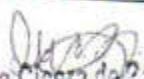
V-OBSERVAÇÕES

Pendências para o próximo turno / Intercorrências:

Outras observações:

Aguardando vaga p/ transferência

Enfermeiro(a):


Maria Cicera de Barros
COREN-SP 133483-EN

ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>João de Santana Santos</u>	LEITO: <u>403 - 01</u>
DATA: <u>30/10/2007</u>	HORA: _____
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1) ☒ Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	____/____ horas
2) ☒ Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) ☒ Ofertar dieta;	SND
4) ☒ Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	Sempre que necessário
5) ☐ Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cor) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	____/____ horas
6) ☐ Aquecer o cliente;	Sempre que necessário
7) ☐ Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Durante as 24 horas
8) ☐ Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) ☐ Colocar o cliente em posição de _____ a _____°;	
10) ☐ Realizar mudança de decúbito de ____/____ horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) ☐ Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) ☐ Elevar MMII a 15°;	
13) ☐ Realizar troca de curativo, em lesão por pressão _____ Utilizar _____	
14) ☐ Trocar curativo de acesso venoso central em _____	A cada 24 horas- Enfermeiro
15) ☐ Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) ☐ Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) ☐ Aspirar secreção naso e orofaringe (nesta ordem). Anotar aspecto e quantidade estimada a cada aspiração. Atentar para a queda da saturação;	Sempre que necessário
18) ☒ Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:


 COREN-SP 133483-E

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

CLÍNICA MÉDICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
NOME:	João de Santana Santos
DATA:	30/01/2021 HORA: 16:50
1- RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL:	() Controle insuficiente do diabetes () Monitoração inadequada da glicemia () Controle ineficaz de medicamentos;
2- ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA:	() Dano sensorio-motor () I.T.U. () Múltiplas causas () Obstrução anatômica;
3- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA:	() Alter. na função cognitiva () Desnutrição () Dor (x) Alter. nas estrut. Ósseas () Força muscular diminuída () Rigidez articular (x) Restrição Prescritas de movimento;
4- RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO:	() Dor () Ansiedade () Nutrição inadequada () Desobstrução ineficaz das vias aéreas () Hist. De dependência do ventilador por mais de quatro dias () Hist. De tentativas de desmame mal sucedidas () Ritmo inapropriado na diminuição do desmame ventilatório;
5- COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA:	() Baixa auto estima () Barreira física () Condição fisiológica () Distúrbios emocionais () Transtorno psicótico;
6- RISCO DE INFECÇÃO:	(x) Enfermidade crônica () Desnutrição (x) Procedimento invasivo () Imunossupressão () Leucopenia (x) Alter. na integridade da pele;
7- RISCO DE ASPIRAÇÃO:	() Alim. Enteral () Capac. de deglutição prejudicada () Nível de consciência reduzido () Motilidade gastrointestinal diminuída () Regime de tratamento;
8- RISCO DE CHOQUE:	() Hipotensão () Hipovolemia () Hipoxemia () Hipoxia (x) Infecção () Sepsis () Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS);
9- RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO:	() Circulação prejudicada () Desidratação () Extremos de idade () Incontinência () Período de imobilidade prolongado () Pressão sobre proeminência óssea () Redução na mobilidade () Redução na oxigenação e perfusão tissular () História de úlcera por pressão () Edema () Umidade da pele;
10- DOR AGUDA:	() Agente lesivo biológico () Agente lesivo físico () Agente lesivo químico;
11- DOR CRÔNICA:	() Agente lesivo () Fratura () Lesão muscular, na medula espinhal ou por esmagamento () Desnutrição () Distúrbio imunológico () Condição relacionada a pos trauma () Condição musculoesquelética crônica () Compressão de nervo;
12- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ:	() Ansiedade () Dano neurológico () Deformidade da parede do tórax (x) Dor () Fadiga da musculatura respiratória () Hiperventilação () Obesidade () Deformidade óssea () Imaturidade neurológica
13- RISCO DE SANGRAMENTO:	() Aneurisma () Circuncisão () Coagulopatia inerente () Distúrbios gastrointestinais () Função hepática prejudicada () História de quedas () Trauma
14-	
15-	
16-	

Assinatura do Enfermeiro (a)/Coren: _____

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>João de Santana Santos</u>	LEITO: <u>403-01</u>
DATA: <u>30/10/2007</u>	HORA: _____
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1) ☒ Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	____/____ horas
2) ☒ Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) ☒ Ofertar dieta;	SND
4) ☒ Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	Sempre que necessário
5) ☐ Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cor) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	____/____ horas
6) ☐ Aquecer o cliente;	Sempre que necessário
7) ☐ Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Durante as 24 horas
8) ☐ Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) ☐ Colocar o cliente em posição de _____ a _____*;	
10) ☐ Realizar mudança de decúbito de ____/____ horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) ☐ Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) ☐ Elevar MMII a 15°;	
13) ☐ Realizar troca de curativo, em lesão por pressão _____ Utilizar _____	
14) ☐ Trocar curativo de acesso venoso central em _____	A cada 24 horas- Enfermeiro
15) ☐ Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) ☐ Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) ☐ Aspirar secreção naso e orofaringe (nesta ordem). Anotar aspecto e quantidade estimada a cada aspiração. Atentar para a queda da saturação;	Sempre que necessário
18) ☒ Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:


 COREN: 5133483-E

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

CLÍNICA MÉDICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
NOME:	Jorge de Santana Santos
DATA:	30/01/2021 HORA: 16:50
1- RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL:	() Controle insuficiente do diabetes () Monitoração inadequada da glicemia () Controle ineficaz de medicamentos;
2- ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA:	() Dano sensorio-motor () I.T.U. () Múltiplas causas () Obstrução anatômica;
3- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA:	() Alter. na função cognitiva () Desnutrição () Dor (x) Alter. nas estrut. Ósseas () Força muscular diminuída () Rigidez articular (x) Restrição Prescritas de movimento;
4- RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO:	() Dor () Ansiedade () Nutrição Inadequada () Desobstrução ineficaz das vias aéreas () Hist. De dependência do ventilador por mais de quatro dias () Hist. De tentativas de desmame mal sucedidas () Ritmo inapropriado na diminuição do desmame ventilatório;
5- COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA:	() Baixa auto estima () Barreira física () Condição fisiológica () Distúrbios emocionais () Transtorno psicótico;
6- RISCO DE INFECÇÃO:	(x) Enfermidade crônica () Desnutrição (x) Procedimento invasivo () Imunossupressão () Leucopenia (x) Alter. na integridade da pele;
7- RISCO DE ASPIRAÇÃO:	() Alim. Enteral () Capac. de deglutição prejudicada () Nível de consciência reduzido () Motilidade gastrointestinal diminuída () Regime de tratamento;
8- RISCO DE CHOQUE:	() Hipotensão () Hipovolemia () Hipoxemia () Hipoxia (x) Infecção () Sepsis () Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS);
9- RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO:	() Circulação prejudicada () Desidratação () Extremos de idade () Incontinência () Período de imobilidade prolongado () Pressão sobre proeminência óssea () Redução na mobilidade () Redução na oxigenação e perfusão tissular () História de úlcera por pressão () Edema () Umidade da pele;
10- DOR AGUDA:	() Agente lesivo biológico () Agente lesivo físico () Agente lesivo químico;
11- DOR CRÔNICA:	() Agente lesivo () Fratura () Lesão muscular, na medula espinhal ou por esmagamento () Desnutrição () Distúrbio imunológico () Condição relacionada a pos. cirúrgica () Condição musculoesquelética crônica () Compressão de nervo;
12- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ:	() Ansiedade () Dano neurológico () Deformidade da parede do tórax (x) Dor () Fadiga da musculatura respiratória () Hiperventilação () Obesidade () Deformidade óssea () Imaturidade neurológica
13- RISCO DE SANGRAMENTO:	() Aneurisma () Circuncisão () Coagulopatia inerente () Distúrbios gastrointestinais () Função hepática prejudicada () História de quedas () Trauma
14-	
15-	
16-	

Assinatura do Enfermeiro (a)/Coren: _____

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO/NOSSA SENHORA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: <u>Jorge de Santana Santos</u>	Leito: <u>401</u>
Idade: <u>57 anos</u>	Data: <u>31/01/2021</u> Hora: <u>16:00</u>
Diagnóstico Médico: <u>FD hipertensiva, com exposição da musculatura da T</u>	
II- NECESSIDADE E AUTO CUIDADO	
LOCOMOÇÃO:	
Deambula: () Não (x) Sim, Obs.:	
(x) Restrito () Acamado () Hemiplégico () Tetraplégico () Paraplégico	
Posição corporal: <u>Decúbito dorsal</u>	
HIGIENE : CORPORAL: (x) Preservada () Prejudicada	ORAL: (x) Preservada () Prejudicada
SONO E REPOUSO: Satisfatório (x) Prejudicado () Insônia () Outros:	
NUTRIÇÃO TIPO: <u>PO livre</u>	
(x) Dieta aceita () Dieta aceita parcialmente () Não aceitou a dieta () Dieta zero () Dieta por SNG	
() Dieta por SNE () Gastrostomia Obser.: : h.-Início da dieta em BIC/vazão: ML/ : h.	
III-NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
✓ ESTADO GERAL () BEG (x) REG () GEG	
✓ AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	
(x) Consciente (x) Orientado () Desorientado () Ansioso () Confuso () Sonolento () Agitado () Outros:	
PUPILAS: (x) Isocóricas () Anisocóricas () Miose () Midriase () Fotorreagentes	
AVALIAÇÃO CUTÂNEA / MUCOSA / HIDRATAÇÃO	
(x) Anictérico () Ictérico +/4+ (x) Corado () Hipocorado +/4+	
() Acianótico () Cianótico +/4+ (x) Hidratado () Desidratado +/4+	
PELE: () Ressecada () Inteira Presença de lesão cutânea: (x) Sim () Não	
Local(is): <u>na face dorsal</u>	Características:
Tipo de curativo:	
<u>Realizada troca de curativo</u>	
CABEÇA: Alterações:	
Cabelos: () Normal () Alopecia () Seborréia () Pediculose () Outros:	
OUVIDOS: (x) Audição preservada () Diminuída () Surdez () Secreção () Outros:	
BOCA: () Desvio de comissura labial () Halitose (x) Falhas dentárias () Língua saburrosa () Prótese () Outros:	
NARIZ: () Sem alterações () Rinorréia () Epistaxe () Outros:	
PESCOÇO: (x) Gânglios impalpáveis () Gânglios palpáveis () Outros:	
TÓRAX: (x) Simétrico () Assimétrico EXPANSÃO TORÁCICA: (x) Normal () Diminuída	
MAMAS: (x) Simétricas () Assimétricas () Nódulos palpáveis () Secreção () Outros:	
✓ SISTEMA RESPIRATÓRIO	
PADRÃO RESPIRATÓRIO: (x) Eupnéico () Bradpneico () Taquipnéico () Dispneico	
RESPIRAÇÃO: (x) Espontânea - sem uso de O ₂ () Espontânea - com uso de O ₂	
() V.N.I.: Tipo:	l/min
AUSCULTA PULMONAR: (x) M.V.(+) S/ RA () MV à D I () MV à E. I	
() MV (+) C/ RA Qual (is):	
REGUL. TÉRMICA: (x) Normotérmico () Hipotermia () Hipertermia () Outros:	
✓ SISTEMA CARDIOVASCULAR	
AUSCULTA CARDÍACA / Ritmo: (x) Regular () Irregular () BNF s/ sopros () BNF c/ sopro	
PULSO: () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	
✓ SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Êmese () Náuseas () Pirose () Hematêmese () Outros:	
() S.N.E. () S.N.G. () S.O.G () Gavagem () Lavagem () Drenagem () Colostomias () Drenos () Incisão cir	
ABDOMEN: Tipo: () Plano () Globoso (x) Semigloboso () Escavado	
Apresentação: () Normotenso () Tenso () Distendido () Doloroso à palpação () Ascite	
Ruídos hidroaéreos: (x) Presente () Diminuído () Ausente	
Visceromegalias: (x) Impalpáveis () Palpáveis: Local (is):	
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (x) Presentes () Ausentes () Constipação () Diarreia () Outros:	
✓ SISTEMA GENITURINÁRIO	
GENITALIA: Presença de Alterações: (x) Não () Sim: Qual (is):	
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (x) Espontânea () Estimulada () Fraldas () S.V.D. () S.U. () Citostomia	
ASPECTO:	ALTERAÇÕES: VOLUME: M
CICLO MENSTRUAL: () Regular () Irregular (x) Não se aplica () Outros:	
✓ MMSS E MMII	
Alterações: () Não (x) Sim, Qual(is): <u>FD hipertensiva</u>	
IV-NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Segurança/ Estado Emocional	
(x) Calmo () Agitado () Triste () Ansioso () Relata estar com Medo () Sonolento () Outros:	
Dor	
Demonstra: () Expressão facial de dor () Posição para aliviar a dor	
Comport. expressivo: () Agitação () Choro () Vigilância Escala de dor(0a10): Local:	
Segurança Física	
() Risco para Infecção (x) Risco para lesão (x) Risco para aspiração () Outros:	

V-OBSERVAÇÕES

Pendências para o próximo turno / Intercorrências:

Outras observações:

Aguardando Vaga 81 Transferecia


Escola de Enfermagem
UNESP - Ribeirão Preto

Enfermeiro(a): _____

ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

CLÍNICA MÉDICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
NOME:	Jorge de Santana Santos
DATA: 31/10/2021	HORA: 16:00
1- RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL:	() Controle insuficiente do diabetes () Monitoração inadequada da glicemia () Controle ineficaz de medicamentos;
2- ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA:	() Dano sensorio-motor () I.T.U. () Múltiplas causas () Obstrução anatômica;
3- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA:	() Alter. na função cognitiva () Desnutrição () Dor (X) Alter. nas estrut. Ósseas () Força muscular diminuída () Rigidez articular (X) Restrição Prescritas de movimento;
4- RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO:	() Dor () Ansiedade () Nutrição Inadequada () Desobstrução ineficaz das vias aéreas () Hist. De dependência do ventilador por mais de quatro dias () Hist. De tentativas de desmame mal sucedidas () Ritmo inapropriado na diminuição do desmame ventilatório;
5- COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA:	() Baixa auto estima () Barreira física () Condição fisiológica () Distúrbios emocionais () Transtorno psicótico;
6- RISCO DE INFECÇÃO:	(X) Enfermidade crônica () Desnutrição (X) Procedimento invasivo () Imunossupressão () Leucopenia (X) Alter. na integridade da pele;
7- RISCO DE ASPIRAÇÃO:	() Alim. Enteral () Capac. de deglutição prejudicada () Nível de consciência reduzido () Motilidade gastrointestinal diminuída () Regime de tratamento;
8- RISCO DE CHOQUE:	() Hipotensão () Hipovolemia () Hipoxemia () Hipoxia () Infecção () Sepse () Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS);
9- RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO:	() Circulação prejudicada () Desidratação () Extremos de idade () Incontinência () Período de imobilidade prolongado () Pressão sobre proeminência óssea () Redução na mobilidade () Redução na oxigenação e perfusão tissular () História de úlcera por pressão () Edema () Umidade da pele;
10- DOR AGUDA:	() Agente lesivo biológico () Agente lesivo físico () Agente lesivo químico;
11- DOR CRÔNICA:	() Agente lesivo () Fratura () Lesão muscular, na medula espinhal ou por esmagamento () Desnutrição () Distúrbio imunológico () Condição relacionada a pós trauma () Condição musculoesquelética crônica () Compressão de nervo;
12- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ:	() Ansiedade () Dano neurológico () Deformidade da parede do tórax () Dor () Fadiga da musculatura respiratória () Hiperventilação () Obesidade () Deformidade óssea () Imaturidade neurológica
13- RISCO DE SANGRAMENTO:	() Aneurisma () Circuncisão () Coagulopatia inerente () Distúrbios gastrointestinais () Função hepática prejudicada () História de quedas () Trauma
14-	
15-	
16-	

Assinatura do Enfermeiro (a)/Coren: _____

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Luiza de Santana Santos</u>	LEITO: <u>401-01</u>
DATA: <u>31/10/2021</u>	HORA: <u>16:00</u>
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1) ☒ Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	<u>06:00</u> horas
2) ☒ Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) ☒ Ofertar dieta;	SND
4) ☒ Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	Sempre que necessário
5) ☐ Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cor) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	___/___ horas
6) ☐ Aquecer o cliente;	Sempre que necessário
7) ☐ Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Durante as 24 horas
8) ☐ Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) ☐ Colocar o cliente em posição de ___ a ___°;	
10) ☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___ horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) ☐ Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) ☐ Elevar MMII a 15°;	
13) ☐ Realizar troca de curativo, em lesão por pressão Utilizar _____	
14) ☐ Trocar curativo de acesso venoso central em _____	A cada 24 horas- Enfermeiro
15) ☐ Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) ☐ Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) ☐ Aspirar secreção naso e orofaringe (nesta ordem). Anotar aspecto e quantidade estimada a cada aspiração. Atentar para a queda da saturação;	Sempre que necessário
18) ☒ Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:


Cícera do Carmo
 COREN-SE 133483-EX

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>João de Santana Santos</u>	LEITO: <u>401-01</u>
DATA: <u>31/10/2021</u>	HORA: <u>16:00</u>
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1) ☒)Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	<u>06:00</u> horas
2) ☒)Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) ☒)Ofertar dieta;	SND
4) ☒)Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	Sempre que necessário
5) ☐)Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cor) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	___/___ horas
6) ☐)Aquecer o cliente;	Sempre que necessário
7) ☐)Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Durante as 24 horas
8) ☐)Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) ☐)Colocar o cliente em posição de ___ a ___°;	
10) ☐)Realizar mudança de decúbito de ___/___ horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) ☐)Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) ☐)Elevar MMII a 15°;	
13) ☐)Realizar troca de curativo, em lesão por pressão Utilizar _____	
14) ☐)Trocar curativo de acesso venoso central em _____	A cada 24 horas- Enfermeiro
15) ☐)Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) ☐)Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) ☐)Aspirar secreção naso e orofaringe (nesta ordem). Anotar aspecto e quantidade estimada a cada aspiração. Atentar para a queda da saturação;	Sempre que necessário
18) ☒)Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:


Cícera de Barros
 COREN-SE 133483-EN

I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Data:

Hora:

Leito:

Diagnóstico Médico:

II- NECESSIDADE E AUTO CUIDADO

LOCOMOÇÃO:

Deambula: () Não (X) Sim, Obs.:

(X) Restrito () Acamado () Hemiplégico () Tetraplégico () Paraplégico

Posição corporal:

HIGIENE: CORPORAL: () Preservada () Prejudicada ORAL: () Preservada () Prejudicada

SONO E REPOUSO: Satisfatório (X) Prejudicado () Insônia () Outros:

NUTRIÇÃO

TIPO:

(X) Dieta aceita () Dieta aceita parcialmente () Não aceitou a dieta () Dieta zero () Dieta por SNG

() Dieta por SNE () Gastrostomia Obser.: h.-Início da dieta em BIC/vazão: ML, h.-T

III-NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

(X) ESTADO GERAL () BEG () REG () GEG

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

(X) Consciente () Orientado () Desorientado () Ansioso () Confuso () Sonolento () Agitado () Outros:

PUPILAS: (X) Isocóricas () Anisocóricas () Miose () Midriase () Fotorreagentes

AVALIAÇÃO CUTÂNEA / MUCOSA / HIDRATAÇÃO

(X) Anictérico () Ictérico +/4+ () Corado () Hipocorado +/4+

(X) Acianótico () Cianótico +/4+ () Hidratado () Desidratado +/4+

PELE: (X) Ressecada () Inteira Presença de lesão cutânea: () Sim (X) Não

Local(is):

Tipo de curativo:

Características:

CABEÇA: Alterações:

Cabelos: () Normal () Alopecia () Seborrêa () Pediculose () Outros:

OUVIDOS: (X) Audição preservada () Diminuída () Surdez () Secreção () Outros:

BOCA: () Desvio de comissura labial () Halitose () Falhas dentárias () Língua saburosa () Prótese () Outros:

NARIZ: () Sem alterações () Rinorréia () Epistaxe () Outros:

PESCOÇO: () Gânglios impalpáveis () Gânglios palpáveis () Outros:

TÓRAX: (X) Simétrico () Assimétrico EXPANSÃO TORÁCICA: (X) Normal () Diminuída

MAMAS: (X) Simétricas () Assimétricas () Nódulos palpáveis () Secreção () Outros:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

PADRÃO RESPIRATÓRIO: (X) Eupnéico () Bradnéico () Taquipnéico () Dispnéico

RESPIRAÇÃO: () Espontânea - sem uso de O₂ () Espontânea - com uso de O₂

() V.N.I. Tipo:

l/min

AUSCULTA PULMONAR: (X) M.V. (+) S/ RA () MV à D () MV à E () MV (+) C/ RA Qual (is):

() MV (+) C/ RA Qual (is):

REGUL. TÉRMICA: (X) Normotérmico () Hipotermia () Hipertermia () Outros:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

AUSCULTA CARDÍACA / Ritmo: (X) Regular () Irregular () BNF s/ sopros () BNF c/ sopro

PULSO: (X) Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

SISTEMA GASTROINTESTINAL

() Êmese () Náuseas () Pirose () Hematêmese () Outros:

() S.N.E. () S.N.G. () S.O.G. () Gavagem () Lavagem () Drenagem () Colostomias () Drenos () Incisão cirúrgica

ABDOMEN: Tipo: () Plano () Globoso (X) Semigloboso () Escavado

Apresentação: () Normotenso () Tenso () Distendido () Doloroso à palpação () Ascite

Ruídos hidroaéreos: (X) Presente () Diminuído () Ausente

Visceromegalias: () Impalpáveis () Palpáveis: Local (is):

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) Presentes () Ausentes () Constipação () Diarreia () Outros:

SISTEMA GENITURINÁRIO

GENITALIA: Presença de Alterações: () Não (X) Sim: Qual (is):

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) Espontânea () Estimulada () Fraldas () S.V.D. () S.U. () Citostomia

ASPECTO:

ALTERAÇÕES:

VOLUME:

ML

CICLO MENSTRUAL: () Regular () Irregular (X) Não se aplica () Outros:

MMSS E MMII

Alterações: () Não (X) Sim, Qual(is):

IV-NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Segurança/ Estado Emocional

(X) Calmo () Agitado () Triste () Ansioso () Relata estar com Medo () Sonolento () Outros:

Dor

Demonstra: () Expressão facial de dor () Posição para aliviar a dor

Comport. expressivo: () Agitação () Choro () Vigilância Escala de dor(0a10): Local:

Segurança Física

(X) Risco para Infecção () Risco para lesão () Risco para aspiração () Outros:

SSVV: P.A. 100/100 mmHg: T.ax.: 36,5°C: P.: 54 b.p.m.: F.R.: r.p.m.: SPO₂:

V-OBSERVAÇÕES

Pendências para o próximo turno / Intercorrências:

Outras observações:

10.45 Relato no 1º turno durante o qual a paciente
foi avaliada e encaminhada para o leito de enfer-
magem.

[Assinatura]
/SE 058 - 121

Enfermeiro(a): _____

ASSINATURA E CARIMBO

[Assinatura]
/SE 058 - 121

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

CLÍNICA MÉDICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
NOME:	George de Santana Junior
DATA:	11/02/2021
HORA:	10:45
1- RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL:	() Controle insuficiente do diabetes () Monitoração inadequada da glicemia () Controle ineficaz de medicamentos;
2- ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA:	() Dano sensorio-motor () I.T.U. () Múltiplas causas () Obstrução anatômica;
3- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA:	() Alter. na função cognitiva () Desnutrição () Dor () Alter. nas estrut. Ósseas () Força muscular diminuída () Rigidez articular () Restrição Prescritas de movimento;
4- RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO:	() Dor () Ansiedade () Nutrição Inadequada () Desobstrução ineficaz das vias aéreas () Hist. De dependência do ventilador por mais de quatro dias () Hist. De tentativas de desmame mal sucedidas () Ritmo inapropriado na diminuição do desmame ventilatório;
5- COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA:	() Baixa auto estima () Barreira física () Condição fisiológica () Distúrbios emocionais () Transtorno psicótico;
6- RISCO DE INFECÇÃO:	() Enfermidade crônica () Desnutrição () Procedimento invasivo () Imunossupressão () Leucopenia () Alter. na integridade da pele;
7- RISCO DE ASPIRAÇÃO:	() Alim. Enteral () Capac. de deglutição prejudicada () Nível de consciência reduzido () Motilidade gastrointestinal diminuída () Regime de tratamento;
8- RISCO DE CHOQUE:	() Hipotensão () Hipovolemia () Hipoxemia () Hipoxia () Infecção () Sepsis () Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS);
9- RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO:	() Circulação prejudicada () Desidratação () Extremos de idade () Incontinência () Período de imobilidade prolongado () Pressão sobre proeminência óssea () Redução na mobilidade () Redução na oxigenação e perfusão tissular () História de úlcera por pressão () Edema () Umidade da pele;
10- DOR AGUDA:	() Agente lesivo biológico () Agente lesivo físico () Agente lesivo químico;
11- DOR CRÔNICA:	() Agente lesivo () Fratura () Lesão muscular, na medula espinhal ou por esmagamento () Desnutrição () Distúrbio imunológico () Condição relacionada a pós trauma () Condição musculoesquelética crônica () Compressão de nervo;
12- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ:	() Ansiedade () Dano neurológico () Deformidade da parede do tórax () Dor () Fadiga da musculatura respiratória () Hiperventilação () Obesidade () Deformidade óssea () Imaturidade neurológica
13- RISCO DE SANGRAMENTO:	() Aneurisma () Circuncisão () Coagulopatia inerente () Distúrbios gastrintestinais () Função hepática prejudicada () História de quedas () Trauma
14-	
15-	
16-	

Assinatura do Enfermeiro (a)/Coren: _____



HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Yorg de Santana 51</u>	LEITO: <u>401-1</u>
DATA: <u>01/02/2021</u>	HORA: <u>10:45</u>
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1) ☒ Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	<u>6/8</u> horas
2) ☒ Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) ☒ Ofertar dieta;	SND
4) ☒ Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	Sempre que necessário
5) () Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cot) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	___/___ horas
6) () Aquecer o cliente;	Sempre que necessário
7) () Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Durante as 24 horas
8) () Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) () Colocar o cliente em posição de ___ a ___°;	
10) () Realizar mudança de decúbito de ___/___ horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) () Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) () Elevar MMII a 15°;	
13) () Realizar troca de curativo, em lesão por pressão Utilizar _____	
14) () Trocar curativo de acesso venoso central em _____	A cada 24 horas- Enfermeiro
15) ☒ Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) () Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) () Aspirar secreção naso e orofaringe (nesta ordem). Anotar aspecto e quantidade estimada a cada aspiração. Atentar para a queda da saturação;	Sempre que necessário
18) ☒ Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:

Valdelya Mary Bentes de Barros
 COREN 150528/0-4

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO/NOSSA SENHORA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome: <u>Janice de Santana Santos</u>			Leito: <u>401</u>
Idade: <u>1</u>	Sexo: <u>St. Mulher</u>	Data: <u>1/1</u>	Hora: <u>10:35</u>
Diagnóstico Médico: <u>FD infectada em tria (D) + exposição de</u>			
II- NECESSIDADE E AUTO CUIDADO			
LOCOMOÇÃO:			
Deambula: () Não (X) Sim, Obs.:			
(X) Restrito () Acamado () Hemiplégico () Tetraplégico () Paraplégico			
Posição corporal: <u>decubito dorsal</u>			
HIGIENE: CORPORAL: (X) Preservada () Prejudicada		ORAL: () Preservada () Prejudicada	
SONO E REPOUSO: Satisfatório (X) Prejudicado () Insônia () Outros:			
NUTRIÇÃO TIPO: <u>lupa</u>			
(X) Dieta aceita () Dieta aceita parcialmente () Não aceitou a dieta () Dieta zero () Dieta por SNG			
() Dieta por SNE () Gastrostomia Obser.: : h.-Início da dieta em BIC/vazão: ML/ : h.-T:			
III-NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS			
✓ ESTADO GERAL () BEG () REG () GEG			
✓ AValiação Neurológica			
(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Ansioso () Confuso () Sonolento () Agitado () Outros:			
PUPILAS: () Isocóricas () Anisocóricas () Miose () Midriase () Fotorreagentes			
AValiação CUTÂNEA / MUCOSA / HIDRATAÇÃO			
(X) Anictérico () Ictérico +/4+ () Corado () Hipocorado +/4+			
(X) Acianótico () Cianótico +/4+ () Hidratado () Desidratado +/4+			
PELE: () Ressecada () Inteira Presença de lesão cutânea: (X) Sim () Não			
Local(is): <u>U2; 2 bio</u>		Características:	
Tipo de curativo:			
CABEÇA: Alterações:			
Cabelos: (X) Normal () Alopecia () Seborrêa () Pediculose () Outros:			
OUVIDOS: (X) Audição preservada () Diminuída () Surdez () Secreção () Outros:			
BOCA: () Desvio de comissura labial () Halitose () Falhas dentárias () Língua saburrosa () Prótese () Outros:			
NARIZ: (X) Sem alterações () Rinorréia () Epistaxe () Outros:			
PESCOÇO: (X) Gânglios impalpáveis () Gânglios palpáveis () Outros:			
TORAX: (X) Simétrico () Assimétrico EXPANSÃO TORÁCICA: () Normal () Diminuída			
MAMAS: (X) Simétricas () Assimétricas () Nódulos palpáveis () Secreção () Outros:			
✓ SISTEMA RESPIRATÓRIO			
PADRÃO RESPIRATÓRIO: (X) Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Dispnéico			
RESPIRAÇÃO: (X) Espontânea - sem uso de O ₂ () Espontânea - com uso de O ₂			
() V.N.I.: Tipo: /min			
AUSCULTA PULMONAR: (X) M.V.(+) S/ RA () MV à D ↓ () MV à E ↓			
() MV (+) C/ RA Qual (is):			
REGUL. TÉRMICA: (X) Normotérmico () Hipotermia () Hipertermia () Outros:			
✓ SISTEMA CARDIOVASCULAR			
AUSCULTA CARDÍACA / Ritmo: (X) Regular () Irregular () BNF s/ sopros () BNF c/ sopro			
PULSO: (X) Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico			
✓ SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Êmese () Náuseas () Pirose () Hematêmese () Outros:			
() S.N.E. () S.N.G. () S.O.G () Gavagem () Lavagem () Drenagem () Colostomias () Drenos () Incisão cirúrgica			
ABDOMEN: Tipo () Plano () Globoso (X) Semigloboso () Escavado			
Apresentação: (X) Normotenso () Tenso () Distendido () Doloroso à palpação () Ascite			
Ruídos hidroaéreos: (X) Presente () Diminuído () Ausente			
Visceromegalias: (X) Impalpáveis () Palpáveis: Local (is):			
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () Presentes () Ausentes () Constipação () Diarreia () Outros:			
✓ SISTEMA GENITURINÁRIO			
GENITALIA: Presença de Alterações: (X) Não () Sim: Qual (is):			
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) Espontânea () Estimulada () Fraldas () S.V.D. () S.U. () Citostomia			
ASPECTO:		ALTERAÇÕES:	VOLUME: ML
CICLO MENSTRUAL: () Regular () Irregular (X) Não se aplica () Outros:			
✓ MMSS E MMII			
Alterações: () Não (X) Sim, Qual(is): <u>FD infectada</u>			
IV-NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
Segurança/ Estado Emocional			
(X) Calmo () Agitado () Triste () Ansioso () Relata estar com Medo () Sonolento () Outros:			
Dor			
Demonstra: () Expressão facial de dor () Posição para aliviar a dor			
Comport. expressivo: () Agitação () Choro () Vigilância Escala de dor(0a10): Local:			
Segurança Física			
(X) Risco para Infecção () Risco para lesão () Risco para aspiração () Outros:			
SSVV: P.A.: / mmHg; T.ax.: °C; P.: b.p.m.; F.R.: r.p.m.; SPO ₂ : %			

OBSERVAÇÕES

Pendências para o próximo turno / Intercorrências:

Outras observações:

09.01.2021. Paciente em leito: consciente, orientado
asgerando o pagamento hospital, cirurgia.

Enfermeiro(a):


Joseane Alencar da S.
COREN/SE 281.849 E).

ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

CLÍNICA MÉDICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

NOME: George de Santana Sampaio

DATA: 02/02/2021

HORA: 10:35h

- 1- **RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL:** () Controle insuficiente do diabetes () Monitoração inadequada da glicemia () Controle ineficaz de medicamentos;
- 2- **ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA:** () Dano sensorio-motor () I.T.U. () Múltiplas causas () Obstrução anatômica;
- 3- **MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA:** () Alter. na função cognitiva () Desnutrição () Dor () Alter. nas estrut. Ósseas () Força muscular diminuída () Rigidez articular () Restrição Prescritas de movimento;
- 4- **RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO:** () Dor () Ansiedade () Nutrição Inadequada () Desobstrução ineficaz das vias aéreas () Hist. De dependência do ventilador por mais de quatro dias () Hist. De tentativas de desmame mal sucedidas () Ritmo inapropriado na diminuição do desmame ventilatório;
- 5- **COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA:** () Baixa auto estima () Barreira física () Condição fisiológica () Distúrbios emocionais () Transtorno psicótico;
- 6- **RISCO DE INFECÇÃO:** () Enfermidade crônica () Desnutrição () Procedimento invasivo () Imunossupressão () Leucopenia () Alter. na integridade da pele;
- 7- **RISCO DE ASPIRAÇÃO:** () Alim. Enteral () Capac. de deglutição prejudicada () Nível de consciência reduzido () Motilidade gastrointestinal diminuída () Regime de tratamento;
- 8- **RISCO DE CHOQUE:** () Hipotensão () Hipovolemia () Hipoxemia () Hipoxia () Infecção () Sepsis () Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS);
- 9- **RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO:** () Circulação prejudicada () Desidratação () Extremos de idade () Incontinência () Período de imobilidade prolongado () Pressão sobre proeminência óssea () Redução na mobilidade () Redução na oxigenação e perfusão tissular () História de úlcera por pressão () Edema () Umidade da pele;
- 10- **DOR AGUDA:** () Agente lesivo biológico () Agente lesivo físico () Agente lesivo químico;
- 11- **DOR CRÔNICA:** () Agente lesivo () Fratura () Lesão muscular, na medula espinhal, ou por esmagamento () Desnutrição () Distúrbio imunológico () Condição relacionada a pós trauma () Condição musculoesquelética crônica () Compressão de nervo;
- 12- **PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ:** () Ansiedade () Dano neurológico () Deformidade da parede do tórax () Dor () Fadiga da musculatura respiratória () Hiperventilação () Obesidade () Deformidade óssea () Imaturidade neurológica
- 13- **RISCO DE SANGRAMENTO:** () Aneurisma () Circuncisão () Coagulopatia inerente () Distúrbios gastrintestinais () Função hepática prejudicada () História de quedas () Trauma
- 14-
- 15-
- 16-

Assinatura do Enfermeiro (a)/Coren: _____

Joseana Alencar da S.
COREN-SE 220.845 E

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Joaze de Santana Santos</u>	LEITO: <u>409.1</u>
DATA: <u>09/02/2021</u>	HORA: <u>10:35</u>
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
1) ☒ Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	HORÁRIO
2) ☒ Administrar medicação prescrita;	<u>6/6</u> horas
3) ☒ Ofertar dieta;	Durante as 24 horas
4) ☒ Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	SND
5) () Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cor) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	Sempre que necessário
6) () Aquecer o cliente;	<u> </u> / <u> </u> horas
7) () Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Sempre que necessário
8) () Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) () Colocar o cliente em posição de <u> </u> a <u> </u> °;	Durante as 24 horas
10) () Realizar mudança de decúbito de <u> </u> / <u> </u> horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) () Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) () Elevar MMII a 15°;	
13) () Realizar troca de curativo, em lesão por pressão <u> </u> Utilizar <u> </u>	
14) () Trocar curativo de acesso venoso central em <u> </u>	A cada 24 horas- Enfermeiro
15) () Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) () Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) () Aspirar secreção naso e orofaringe (nesta ordem). Anotar aspecto e quantidade estimada a cada aspiração. Atentar para a queda da saturação;	Sempre que necessário
18) ☒ Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:

Joaze de Santana Santos
JOSEANE ALMEIDA DA SILVA
 COREN/SE 251.849 E

UNIVERSIDADE REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO/NOSSA SENHORA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO Leito: 401-1
Nome: Jorge de Santana Santos Hora: 11:00
Data: 03/02/21

Diagnóstico Médico:

II- NECESSIDADE E AUTO CUIDADO

LOCOMOÇÃO:

Deambula: () Não (X) Sim. Obs.:
(X) Restrito () Acamado () Hemiplégico () Tetraplégico () Paraplégico

Posição corporal: ORAL: () Preservada () Prejudicada
HIGIENE CORPORAL: (X) Preservada () Prejudicada

SONO E REPOUSO: Satisfatório (X) Prejudicado () Insônia () Outros:

NUTRIÇÃO

TIPO: VO 1,2,3
(X) Dieta aceita () Dieta aceita parcialmente () Não aceitou a dieta () Dieta zero () Dieta por SNG
() Dieta por SNE () Gastrostomia Obser.: h.-Início da dieta em BIC/vazão: ML, h.-Term

III- NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

ESTADO GERAL () BEG () REG () GEG

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Ansioso () Confuso () Sonolento () Agitado () Outros:

PUPILAS: (X) Isocóricas () Anisocóricas () Miose () Midríase () Fotorreagentes

AVALIAÇÃO CUTÂNEA / MUCOSA / HIDRATAÇÃO

(X) Anictérico () Ictérico +/4+ (X) Corado () Hipocorado +/4+
() Cianótico () Cianótico +/4+ () Hidratado () Desidratado +/4+

PELE: () Ressecada () Inteira Presença de lesão cutânea: (X) Sim () Não
Local(is): Características:

Tipo de curativo: Ponto de curativo, apresentando sinais amarelados.

CABEÇA: Alterações:

Cabelos: (X) Normal () Alopecia () Seborréia () Pediculose () Outros:

OUVIDOS: (X) Audição preservada () Diminuída () Surdez () Secreção () Outros:

BOCA: () Desvio de comissura labial () Halitose (X) Falhas dentárias () Língua saburrosa () Prótese () Outros:

NARIZ: () Sem alterações () Rinorréia () Epistaxe () Outros:

PESCOCO: (X) Gânglios impalpáveis () Gânglios palpáveis () Outros:

TORAX: (X) Simétrico () Assimétrico EXPANSÃO TORÁCICA: () Normal () Diminuída

MAMAS: (X) Simétricas () Assimétricas () Nódulos palpáveis () Secreção () Outros:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

PADRAO RESPIRATORIO: () Eupnéico () Bradpneico () Taquipnéico () Dispneico

RESPIRAÇÃO: (X) Espontânea - sem uso de O₂ () Espontânea - com uso de O₂
() V.N.I. Tipo: l/min

AUSCULTA PULMONAR: (X) M.V.(+) S/ RA () MV à D () MV à E () MV (+) C/ RA Qual(is):

REGUL. TÉRMICA: (X) Normotérmico () Hipotermia () Hipertermia () Outros:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

AUSCULTA CARDÍACA: Ritmo (X) Regular () Irregular () BNF s/ sopros () BNF c/ sopro

PULSO: () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

SISTEMA GASTROINTESTINAL

() Êmese () Náuseas () Pirose () Hematêmese () Outros:

() S.N.E. () S.N.G. () S.O.G. () Gavagem () Lavagem () Drenagem () Colostomias () Drenos () Incisão cirúrgica

ABDOMEN: Tipo () Plano () Globoso (X) Semigloboso () Escavado

Apresentação (X) Normotenso () Tenso () Distendido () Doloroso à palpação () Ascite

Ruídos hidroaéreos: (X) Presente () Diminuído () Ausente

Visceromegalias: (X) Impalpáveis () Palpáveis: Local(is):

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) Presentes () Ausentes () Constipação () Diarreia () Outros:

SISTEMA GENITURINÁRIO

GENITALIA: Presença de Alterações: (X) Não () Sim: Qual(is):

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) Espontânea () Estimulada () Fraldas () S.V.D. () S.U. () Citostomia

ASPECTO: ALTERAÇÕES: VOLUME: ML

CICLO MENSTRUAL: () Regular () Irregular () Não se aplica () Outros:

MMSS E MMII

Alterações: () Não (X) Sim: Qual(is):

IV- NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Segurança/ Estado Emocional

(X) Calmo () Agitado () Triste () Ansioso () Relata estar com Medo () Sonolento () Outros:

Dor

Demonstra: () Expressão facial de dor () Posição para aliviar a dor
Comport. expressivo: () Agitação () Choro () Vigilância Escala de dor(0a10): Local:

Segurança Física

() Risco para Infecção (X) Risco para lesão () Risco para aspiração () Outros:

SSV: P.A. / mmHg; T.ax.: °C; P.: b.p.m.; F.R.: r.p.m.; SPO₂

V-OBSERVAÇÕES

Pendências para o próximo turno / Intercorrências.

Outras observações:

Enfermeiro(a):

Shirley Tatiane Santos
COREN 179601-ENF
ORA E CARIMBO

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

CLÍNICA MÉDICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

NOME: *forge de sant ana santos*

DATA: *03/09/21*

HORA: *11h*

1- RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL: () Controle insuficiente do diabetes () Monitoração inadequada da glicemia () Controle ineficaz de medicamentos;

2- ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA: () Dano sensorio-motor () I.T.U. () Múltiplas causas () Obstrução anatômica;

3- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA: () Alter. na função cognitiva () Desnutrição () Dor () Alter. nas estrut. Ósseas () Força muscular diminuída () Rigidez articular () Restrição Prescritas de movimento;

4- RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO: () Dor () Ansiedade () Nutrição Inadequada () Desobstrução ineficaz das vias aéreas () Hist. De dependência do ventilador por mais de quatro dias () Hist. De tentativas de desmame mal sucedidas () Ritmo inapropriado na diminuição do desmame ventilatório;

5- COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA: () Baixa auto estima () Barreira física () Condição fisiológica () Distúrbios emocionais () Transtorno psicótico;

6- RISCO DE INFECÇÃO: () Enfermidade crônica () Desnutrição () Procedimento invasivo () Imunossupressão () Leucopenia () Alter. na integridade da pele;

7- RISCO DE ASPIRAÇÃO: () Alim. Enteral () Capac. de deglutição prejudicada () Nível de consciência reduzido () Motilidade gastrointestinal diminuída () Regime de tratamento;

8- RISCO DE CHOQUE: () Hipotensão () Hipovolemia () Hipoxemia () Hipoxia () Infecção () Sepsis () Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS);

9- RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO: () Circulação prejudicada () Desidratação () Extremos de idade () Incontinência () Período de imobilidade prolongado () Pressão sobre proeminência óssea () Redução na mobilidade () Redução na oxigenação e perfusão tissular () História de úlcera por pressão () Edema () Umidade da pele;

10- DOR AGUDA: () Agente lesivo biológico () Agente lesivo físico () Agente lesivo químico;

11- DOR CRÔNICA: () Agente lesivo () Fratura () Lesão muscular, na medula espinhal ou por esmagamento () Desnutrição () Distúrbio imunológico () Condição relacionada a pós trauma () Condição musculoesquelética crônica () Compressão de nervo;

12- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ: () Ansiedade () Dano neurológico () Deformidade da parede do tórax () Dor () Fadiga da musculatura respiratória () Hiperventilação () Obesidade () Deformidade óssea () Imaturidade neurológica

13- RISCO DE SANGRAMENTO: () Aneurisma () Circuncisão () Coagulopatia inerente () Distúrbios gastrintestinais () Função hepática prejudicada () História de quedas () Trauma

14-

15-

16-

Assinatura do Enfermeiro (a)/Coren:

Shirley Tatiane Santos
COREN-SE-479601-ENF

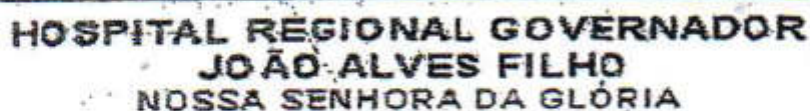
HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE
CLÍNICA MÉDICA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Yorge de Santana Santos</u>	LEITO:
DATA: <u>03 / 02 / 23</u>	HORA:
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1) (X) Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	<u>06 / 06</u> horas
2) (X) Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) (X) Ofertar dieta;	SND
4) (X) Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	Sempre que necessário
5) () Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cor) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	___/___ horas
6) () Aquecer o cliente;	Sempre que necessário
7) () Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Durante as 24 horas
8) () Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) () Colocar o cliente em posição de ___ a ___°;	
10) () Realizar mudança de decúbito de ___/___ horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) () Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) () Elevar MMII a 15°;	
13) () Realizar troca de curativo, em lesão por pressão Utilizar _____	
14) () Trocar curativo de acesso venoso central em _____	A cada 24 horas- Enfermeiro
15) () Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) () Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) () Aspirar secreção naso e orofaringe (nesta ordem). Anotar aspecto e quantidade estimada a cada aspiração. Atentar para a queda da saturação;	Sempre que necessário
18) (X) Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:

Shirley Patrícia Santos
COREN-SE 479601-ENF



PACIENTE		LEITO	
ENFERMARIA		EVOLUÇÃO	
Data/Hora			
29.05.2021	Paciente consciente, orientado, hidratado, 22:00h, disolvido pelo platano, com radicula interna com lesões em MTD, injeções encarnadas p/ cloro vermelho.		
03/02/21	Paciente no leito, no momento, com consciência, orientado, 11h, reabilitando, supressão, em uso de AVP 2D, diurese 0, diurese 0, restas dista parcialmente, pelo equilíbrio em MTD, apresentando sinais anormais e sinais de fístula. Utilizado SF 0,09V + supridora. Shirley Tatiane Santos COREN-SE 479601-ENF		
	Apresentando transferência para o MUSE.		

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

GRÁFICO DE ENFERMAGEM

HOME:

✓ C₂ 50M

CLINICAL: C, MA

DATA DE ADMISSÃO:

QUANTO: H O,

1000

Dr. J.

[illegible]



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

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENFERMARIA-DUSV E - REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

NOME DO PACIENTE: JORGE DE SANTANA SANTOS DATA DE ADMISSÃO: 29/1/2021
NOME DA MÃE: JOSEFINA DE SNATANA DATA DE NASCIMENTO: 18/06/69
ENDEREÇO: POV. DOS PEBAS IDADE: 51 ANOS
CNS: 703.007.869.218.072 PLANO DE SAÚDE: SUS ESTADO: SERGIPE
NATURALIDADE: ARACAJU MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: N. SRA DA GLÓRIA
TEL. PARA CONTATO: : REGIÃO DE SAÚDE: N. SRA DA GLÓRIA

DIAGNÓSTICO: PSEUDOMONAS INFECTADA DA TÍBIA DIREITA
PACIENTE COM PSEUDOMONAS INFECTADA DA TÍBIA DIREITA. NO MOMENTO MANTÉM-SE CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS. EM USO DE ANTIBIÓTICO (GUNDRAMICINA 600MG 6/6 H E CIPRO 800MG 12/12H. SEM SINAIS E SINTOMAS DE COVID.

ATUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PROTEÍNA APTTAL	SATURACÃO DE O ₂	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLUCOSE	UREIA	CREATININA
110/80	998%	80	28	NÃO	25	1,00
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	LACTATO	HCO ₃	PH	PCO ₂
11	6.400	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

BASE EXCESS VOL. URINÁRIO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS

1200

MÉDICO SOLICITANTE

DATA: 01/01/2021
HORA: 10:00

ASSINATURA:

CARIMBO:

Diogo M. Leal
Ortopedista CRM 4728

01 FEV 2021

		HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO NOSSA SENHORA DA GLORIA		 Fundação Hospitalar de Saúde	
INTERNAMENTO CIRÚRGICO					
Nome:	<i>Gorge. d. Lino. Jr</i>				
Idade:		Data de Nasc.:		Prontuário:	
HD:	<i>PSA Iperbato 1/ Exame de urina 1</i> <i>Liter</i>				

Data	Prescrição Médica	Aprazamento
1	REPOUSO	<i>Aluno</i>
2	DIETA <i>leve</i>	<i>SND</i>
3	SORO <i>0.9% 1800ml EV 24h</i>	<i>500 + 500 + 500</i>
4	DIPIRONA, 01 AMP + 08 ML AD, EV DE 6/6H SE DOR	<i>SOS</i>
5	CETOPROFENO, 100 MG, EV DE 12/12H <i>SOSP</i>	<i>Aluno</i>
6	TRAMAL, 100MG + 100MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>SOS</i>
7	ONDASENTRONA, 08MG + 50MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE NÁUSEAS E VÔMITOS	<i>SOS</i>
8	ENOXAPARINA, 40 MG, SC DE 24/24H	<i>08 - 00</i>
9	OMEPRAZOL, 40 MG, EV UMA VEZ AO DIA	<i>08</i>
10	KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H	<i>06.12.19.24</i>
11	CAPTOPRIL, 25 MG, SL SE PA > 160 X 110 MMHG	<i>Aluno</i>
12	INSULINA REGULAR, SC, CONFORME HGT (HGT DE 6/6H): ≤ 200MG/DL: 0 301-350: 06 UI 201-250: 02 UI 351-400: 08 UI 251-300: 04 UI ≥ 401: 10 UI AVISAR PLANTONISTA	<i>Aluno</i>
13	GLICOSE 25%, 04 AMP, EV SE HGT < 60 MG/DL. REPETIR HGT APÓS 20 MIN. SE PERSISTIR HIPOGLICEMIA, AVISAR AO MÉDICOPLANTONISTA	<i>Aluno</i>
14	OXIGÊNIO SUPLEMENTAR SOB CATETER A 3L/MIN (SE SATO2 <92%)	<i>Aluno</i>
15	MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 2 HORAS - PREVENÇÃO DE ÚLCERA	<i>Aluno</i>
16	CABECEIRA ELEVADA 30°	<i>Aluno</i>
17	SSVV E CCGG	<i>Aluno</i>
18	<i>Clonidina 500, EV 8/8h</i>	<i>06.12.18.24</i>
19	<i>Glyflosina 500, EV 12/12h</i>	<i>08.12</i>
20		

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:

[Signature]
 CRM 3362
 Dr. MAURÍCIO NETO

[Signature]
 Dr. André Mota de
 CONSELHEIRO

DADOS VITAIS - FAVOR ANOTAR NOS CAMPOS ABAIXO

Data e Hora	Glicemia Capilar	PA (mmHg)	Tax (°C)	FC (bpm)	FR (ipm)	SO2 (%)	Diurese	Assinatura
30.01 6h00	-	90x50	37.1	60				<i>[Signature]</i>
12h00								
18h00								
22h00								

[Signature]
 CRM 3362
 Dr. MAURÍCIO NETO

		HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO NOSSA SENHORA DA GLORIA		 Fundação Hospitalar de Saúde	
INTERNAMENTO CIRÚRGICO					
Nome:	Jorge de Santana Souto				
Idade:	51	Data de Nasc.:		Prontuário:	
HD:	PSA Infetada com exposição de Sinter da tibia (B)				

Data	Prescrição Médica	Aprazamento
30/01/12	1 REPOUSO <i>no centro</i>	<i>Admissão</i>
	2 DIETA <i>voluntária</i>	<i>SND</i>
	3 SORO <i>500 - 9 - 1000 02/2/12 500 500</i>	<i>500</i>
	4 DIPIRONA, 01 AMP + 08 ML AD, EV DE 6/6H SE DOR	<i>500</i>
	5 CETOPROFENO, 100 MG, EV DE 12/12H <i>Sucesso</i>	<i>500</i>
	6 TRAMAL, 100MG + 100MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>500</i>
	7 ONDASENTRONA, 08MG + 50MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE NÁUSEAS E VÔMITOS	<i>500</i>
	8 ENOXAPARINA, 40 MG, SC DE 24/24H	<i>18</i>
	9 OMEPRAZOL, 40 MG, EV UMA VEZ AO DIA	<i>18 18 24 24</i>
	10 KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H	<i>18 18 24 24</i>
	11 CAPTOPRIL, 25 MG, SL SE PA > 160 X 110 MMHG	
	12 INSULINA REGULAR, SC, CONFORME HGT (HGT DE 6/6H): ≤ 200MG/DL: 0 301-350: 06 UI 201-250: 02 UI 351-400: 08 UI 251-300: 04 UI ≥ 401: 10 UI AVISAR PLANTONISTA	
	13 GLICOSE 25%, 04 AMP, EV SE HGT < 60 MG/DL. REPETIR HGT APÓS 20 MIN. SE PERSISTIR HIPOGLICEMIA, AVISAR AO MÉDICOPLANTONISTA	
	14 OXIGÊNIO SUPLEMENTAR SOB CATETER A 3L/MIN (SE SATO2 < 92%)	
	15 MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 2 HORAS - PREVENÇÃO DE ÚLCERA	
	16 CABECEIRA ELEVADA 30°	
	17 SSVV E CCGG	
	18 <i>clindamicina 600mg de 6/6h 18 18 24 24</i>	<i>18 18 24 24</i>
	19 <i>ciprofloxacina 1000 de 12/12h 18 18 24 24</i>	<i>18 18 24 24</i>
	20	

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:

Dr. Eduardo Barbosa Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 4887 / CRM-SE 5301

Maria Cicera de Sá
COREN-SE 133483-ENF

DADOS VITAIS - FAVOR ANOTAR NOS CAMPOS ABAIXO

Data e Hora	Glicemia Capilar	PA (mmHg)	Tax (°C)	FC (bpm)	FR (ipm)	SO2 (%)	Diurese	Assinatura
6h00	—	110/70	36.6°	87	—	—	0	<i>Acosta</i>
12h00	—	120/80	36.6°	86	—	—	0	<i>Acosta</i>
18h00	—	110/70	36.4°	89	—	—	0	<i>Acosta</i>
22h00	—	100/70	36.8°	91	—	—	0	<i>Acosta</i>

Márcia de Melchiana Costa
Enfermeira
COREN-SE 2863083



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 - REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

NOME DO PACIENTE: JORGE DE SANTANA SANTOS

DATA DE ADMISSÃO: 29/01/21

NOME DA MÃE: JOSEFINA DE SANTANA

DATA DE NASCIMENTO: 18/06/1969

ENDEREÇO: POV. DOS PEBAS

IDADE: 51

CNS: 703.007.869.218.072 PLANO DE SAÚDE: SUS

ESTADO: SERGIPE

NATURALIDADE: ARACAJU

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: N. Sra DA GLÓRIA

TELEFONE PARA CONTATO:

REGIÃO DE SAÚDE: N. Sra DA GLÓRIA

UNIDADE
PRODUTIVA:

PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE ()
OUTROS: ORTOPEDIA

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO: PSEUDOMONAS INFECTADA DA TÍBIA DIREITA HÁ 1 SEMANA.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE COM PSEUDOMONAS INFECTADA DA TÍBIA DIREITA. O MESMO REFERE QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 4 MESES E APRESENTA LENTINA NO MEMBRO. EM USO DE ANTIBIÓTICO (GLINDAMICINA 600MG 6/6 H E CIPRO 800MG 12/12H. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, AFEBRIL. SEM SINAIS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA.

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

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

RAIOX:

AOS EXAMES LABORATORIAIS: 30/01/2021 - EM ANEXO

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

NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA:

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA; ANTIBIOTICOTERAPIA:

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 42455 / CRMSE 5301

EXISTE RE
INTERNAÇÃO DE SUTURA

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO O ₂	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	GLUCOSIA	UREIA	CREATININA
100X70	98%	67	19	175	26	0,8
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O ₂ (S/N)	SECRETÓRIO (S/N)	INTUBADO (S/N)	COLAR CERVICAL (S/N)
11	7.500	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA (S/N)	INSURIDÊNCIA CARDÍACA (S/N)	ALIMENTAÇÃO: ORAL (X) / ENTE (N) / SÍTIC (S/N)	ISOLAMENTO (S/N) / RESPI (S/N) / CONTATO (S/N)	INSUF. RENAL (S/N)	ANTIBIÓTICOS	DIAS DE USO ()
NÃO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO	SIM O ₂	15
MOTILIDADE						
DEAMBULA	COERENTE	ACAMADO	OUTRO			
SIM	NÃO	NÃO	NÃO			
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)						
PSEUDOMONAS INFECTADA DA TÍBIA DIREITA HÁ 1 SEMANA.						
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO						
TRATAMENTO EM UNIDADE ESPECIALIZADA						
É VEDADO AO MÉDICO						
Art. 33. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou de prognósticos, simular e falsificar a existência no paciente de vitais, consultas ou qualquer outro procedimento médico.			Art. 41. Parágrafo Único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empregar ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstaculadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.			
Médico Solicitante				NIR		
DATA: 30/05/2021	Assinatura:					HORAS: 12:50
HÓSPITAL: 13-00H	Carimbo:			Responsável: DEUZA MATOS		
Médico do NIR				CRL (RECEBIMENTO)		
DATA:	Assinatura:			DATA:	HORA:	
HORA:	Carimbo:			Responsável:		
Comentários (Médico CRL)				CRL (Autorização)		
				DATA:	HORA:	
				MFC:		
				Código:		
				Assinatura:		
ATENÇÃO						
A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermagem devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação.						
As atualizações diárias 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 03 dias a partir da data da primeira solicitação.						

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
Ortopedia / Traumatologia
12.12.11 0007 / CRM-SP 5301

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S^ª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HUSE - Dr. Rodrigo (Ortopedia)

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

98102-7474

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Jorge de Santana Santos

SEXO

M

NASCIDO EM

18/06/69

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Lesão em pró-tese de fêmur de prawa (E)
na HUSE. Apresentando infecção e espoliação de placa.

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

Em Anexo

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Tratamento Cirúrgico

DATA DO ENCAMINHAMENTO

03.02.21

Dr. Wagner Lucena
Ortopedia e Traumatologia
ASSINATURA Nº 255 TEOT 14562
CRM/SCARIMBO DO MÉDICO

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Nº Prontuário _____

DATA: 30/01/2021

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jorge de Santana Santos

Apelido: "Diabo Branco" Nacionalidade: Brasileiro

Data de nascimento: 18/06/1969 Sexo: Masculino

Escolaridade: 8ª série Renda: _____

R.G.: 01.088.143-3 Ocupação: Lavador

Endereço: R. Pelas, Nossa Sra da Glória
Contato: _____

Filiação: Mãe Luizina de Santana

Pai José Guileno dos Santos

Responsável: _____

Grau de parentesco: _____ contato _____

Endereço: _____

Previdência: SEM () NÃO ☒ OBR _____

Tabagista ☒ Etilista ☒ Outras drogas ()

AG+
EN+
ACS-

Condições de moradia: própria ☒ alugada () cedida () outros _____

Nº de cômodos _____

Composição familiar 02 pessoas (paciente + genitora)



HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR

JOÃO ALVES FILHO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

PACIENTE: Jorge de Santana SantosSETOR: Onf. OrtopédicaENF. 401LEITO 401.1

30/01/2021

10:45h

Paciente com 51 anos, admitido ontem neste nosocomio BE 462443 internado com diagnóstico inicial de fratura de perna. Relatou que em 22/10/2020 sofreu acidente motociclistico com fraturas em fêmur e submaltado a procedimento Ortopédico e permaneceu internado no HUSF cerca de 01 mês.

Aspectos socioeconômicos: O paciente em tela é natural de Ubaiax, Ceará, solteiro, 4 filhos, sem renda estudou até 8ª série, Alcool com genitoria no Povoado Pelas, Residência própria com acesso a água tratada e energia elétrica. Ainda familiar fixa e contribui com a OI da genitoria, não recebem visita regular do ACS.

Está sem acompanhante e pertencentes, feito contato com a pessoa próxima da família a informamos acerca do internamento e solicitar roupas e produtos de higiene pessoal.

Segue sem queixas e ag. evoluções da equipe multiprofissional.

Hélica Nascimento

Assistente Social

CRESS/SE 2044

Foram dadas orientações sobre normas e rotinas.

31/1/21

Paciente comunicado no Conselho de Acompanhante, aguardando

Silvia Almeida
Assistente Social
CRESS/SE 2044

02/02/2021

8:33h

Visita ao leito, paciente lúcido e orientado sem acompanhante. Aguarda liberação de vaga para transferência. Segue sem queixas da equipe multiprofissional.

Hélica Nascimento

Assistente Social

CRESS/SE 2044

03/02/2021

Visita ao leito, paciente lúcido e orientado sem acompanhante e ortopedista já havia feito a visita, e encaminhado para cirurgia.

NR
CRESS/2019

Rodovia Engenheiro Jorge Neto, S/N - Km 3 - CEP: 49680-000 - Nossa Senhora da Glória - SE.

Telefone: (79) 3411-1335.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		SE	
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA			
DOC. IDENTIDADE / RG / EMPREGADOR 21233029		UF SE	
CPF 020.003.675-00		DATA NASCIMENTO 28/11/1985	
FRENTE JOSE LUIZ ROSA			
LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA			
PERMISSÃO		ACC	CAT. AHB
IP REGISTRO 04659447376		VALIDADE 07/01/2024	IP HABILITAÇÃO 02/06/2009
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL ARACAJU, SE		DATA DE EMISSÃO 08/01/2019	
Assinatura Luziana Cândida Dória Chagas de Melo		59018844231 52021769567	
ASSINATURA DO EMISSOR		SERGIPE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1749963409

PROIBIDO PLASTIFICAR
1749963409

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PESSOAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. CARLOS MENDES

NOME **JORGE DE SANTANA SANTOS**



FILIAÇÃO
**JOSEFINA DE SANTANA
JOSE AVELINO DOS SANTOS**

DATA DE NASCIMENTO

18/06/1969

NACIONALIDADE

ARACAJU / SE

OBSERVAÇÃO

Sem Observações.

TIPO/FATOR/RH


ASSINATURA DO IDENTIFICADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF **888.920.005-78**

RG **01.088.143-3 2ª VIA**

DATA EMISSÃO **11/03/2021**

REGISTRO CIVIL

Matrícula 110742.01.55.1973.1.00117.082.0118279.61

(16/04/2018) ARACAJU/SE

SOLTEIRO(A)

T. SELETOR CTRC SÉRIE UF

***** ***** **

RGS/PROF/AGEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

***** *****

CERT. MILITAR

CNH

CNH

703007869218072

F-053

F-053


JEMILSON DE JESUS GOMES
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210144369 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE DE SANTANA SANTOS **Data do acidente:** 22/10/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: .

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jorge de S. Santos
(nacionalidade) Brasileiro (profissão) Jornalista, portador da cédula
de identidade RG nº 01-088.143-3, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 888-920-005-78, residente na (endereço
completo) POV. Lagoa Nova, na cidade de
N. Sra. da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José M. de O. Rêgo
(nacionalidade) Brasileiro (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020-003-675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Silos, na cidade de
N. Sra. da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Jorge de S. Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra. da Glória 11/05/2023

(assinatura) Jorge de S. Santos

(RG) 01-088.143-3

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116957/21

Vítima: JORGE DE SANTANA SANTOS

CPF: 888.920.005-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2020

Titular do CPF: JORGE DE SANTANA SANTOS

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JORGE DE SANTANA SANTOS : 888.920.005-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/05/2021
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/05/2021
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTO I
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTO I