	<p>Protocolo Nº 20230427212306768</p> <p>Sua solicitação foi enviada à 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória da Comarca de NOSSA SENHORA DA GLÓRIA em 27/04/2023 21:23 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	---

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 202177200699

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número 202177200699	Classe Procedimento Cível	Comum	Competência 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Guia Inicial 202112202408	Situação ANDAMENTO		Distribuído Em: 17/08/2021

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	88892000578	JORGE DE SANTANA SANTOS
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2842670_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.pdf	Petição
2	2842670_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02_compressed.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

Imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NOSSA SENHORA DA GLORIA/SE

Processo: 202177200699

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JORGE DE SANTANA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NOSSA SENHORA DA GLORIA, 26 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
OAB/SE 2592

**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.

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.

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. Nexo 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 seqüela 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 Otacílio Nascimento Júnior
Manoel Otacílio N.
Cláudio e Antônio M.
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: INTERRUÇÃO 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



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

Rio de Janeiro, 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



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.

Sequelas permanentes: Membro Inferior Direito - Médio - 50%

Sequelas: 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: Jorge 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: Jorge de Santana Santos 6 - CPF: 888-920-005-78
7 - Profissão: Trabalhador 8 - Endereço: Pov. Lagoa Nova 9 - Número: 518 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Área 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: Brazil

AGÊNCIA: CONTA: 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)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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	061273625075021
VALOR DINHEIRO	5,00
VALOR TOTAL	5,00
QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS	1

NR. AUTENTICACAO F.901.920.787.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 joaozinho 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 QKUD497

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

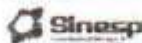
Marca/Modelo HONDA/POP 110I

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
GONALVES



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: Jorge 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: Jorge de Santana Santos 6 - CPF: 888-920-005-78
 7 - Profissão: Trabalhador 8 - Endereço: POV. Lagoa Nova 9 - Número: 518 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: N. Sra. da Glória 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49680100
 15 - E-mail: maria.deglaria@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: Brazil

AGÊNCIA: CONTA: 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)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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	061273625075021
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 Regulação Tarifária: **524001/00192**
 Data de Letura: **06/01/2021**
 Medidor: **A19F106113**
 Consumo e Tarifas: **RES: 1**

Leit. Anterior		78		HISTÓRICO DE CONSUMO	
Leit. Atual	89	REP.	(M3)	12/20	00004
Consumo Faturado (m3)	10	11/20	00012	10/20	00008
Média de consumo (m3)	5	09/20	00005	08/20	00004
Ocorrência de Leitura		07/20	00002		
Data de Leit. Anterior	04/12/20				
Dias de Consumo	33				
Média diária (m3)	0,15				
Previsão para Próx. Leit.	05/02/21				
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)			
		COTINS: 2,67		PASEP: 0,82	

Serviços	Valor
AGUA	37,74
ESGOTO	0,00

Data de 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.

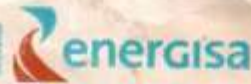
A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.585/2010.

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

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

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fóforo	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	50	10	50		50	
Nº de Amostras Análises	50	50	50		50	50
Nº Amostras em Conformidade com Portaria 2.914/2011	50	50	50		50	50

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SLD'S 02177 CASA 4 - BLDOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA FONE CEP 45820000



Uzeiro SPASCO
Obr-dec-RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 5 - 435 - 340 - 7461 - Roteiro 5 - Fev / 2020
Medidor: E8002549129 - Emissão: 07/02/2020

ENERGISA SERPES-OTRE ENERGIA SA
Rua Manoel Sales 21 - Inaer Barrois
Vilaqç 14 - CEP 45040-150
CNPJ 09.740.000-40 - Fone 0811 967456
Site: Portal Conta de Energia | E-Recibo | 220394940
CDD para Dis. Automática: 08009121879

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2020	07/02/2020	10/03/2020	020.003.676-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Compre e utilize nossa agenda de valores de kWh para
Ela pode te ajudar com informações e sobre o setor
enviar a separação via do setor de energia
e não fazer pedidos de rotatividade
Seja responsável e não deixe sempre que precisar
0800101-2115

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/01/20	Leitura 5573	Data 07/02/20	Leitura 5573	

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor
Consumo de Energia	88.000	0,2444	21.516,80	Consumo de Energia	88.000	0,2444	21.516,80
400 B Amarela	2,90	5,08	14,73	400 B Amarela	2,90	5,08	14,73
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,78	0,00	0,00	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,78	0,00	0,00
2. POE DEMORA 01/2020	2,75	0,00	0,00	2. POE DEMORA 01/2020	2,75	0,00	0,00
MULTA 01/2020	1,18	0,00	0,00	MULTA 01/2020	1,18	0,00	0,00
TOTAL							
CDD - Carga de Consumo após o corte		TOTAL	62,98	62,98	12,25	62,98	0,00

Média últimos meses (kWh): **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
14/02/2020 **R\$ 62,98**

Histórico de Consumo (kWh)

120 | 172 | 139 | 128 | 173 | 125 | 54 | 27 | 29 | 119 | 113 | 172
Ene/19 | Mar/19 | Apr/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.7667.8f45.e754

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo					
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%				
DIURNO	9,03	1,88	NORMAL	Serviços de Out. de Energia 25	12,73	20,20			
NOCTURNO	12,26	127					Contrib. de Energia	18,94	30,07
DIURNO	24,51	127					Serviço de Transmissão	2,24	3,56
DIURNO	2,26	2,00	CONTRATADA	26,75	42,63				
DIURNO	1,71	1,71	MANUTENÇÃO	0,00	0,00				
DIURNO	1,65	1,65	IMPOSTOS DIRETOS E ANEXOS	0,00	0,00				
DIURNO	1,64	1,64	Outros Serviços	0,00	0,00				
DIURNO	1,23	1,23	Total	62,98	100,00				

ATENÇÃO

Atenção: a responsabilidade pelo fornecimento de energia elétrica é de responsabilidade do município.
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009.03087.893008.05588.956176.6.81650000006298
PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 020.002.676-00
RUA DOS SLD'S 02177 CASA 4 - BLDOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA FONE CEP 45820000

Número	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30876998000558266	000812797202002	14/02/2020	R\$ 62,98	

Beneficiário: ENERGISA SERPES-OTRE ENERGIA SA, CNPJ: 09.740.000-40
Rua Manoel Sales, 21 - Inaer Barrois - Aracaju / SE - CEP 45040-150
Agência / Código do beneficiário: 3085-2177003-4



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-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José 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 invalidez 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:

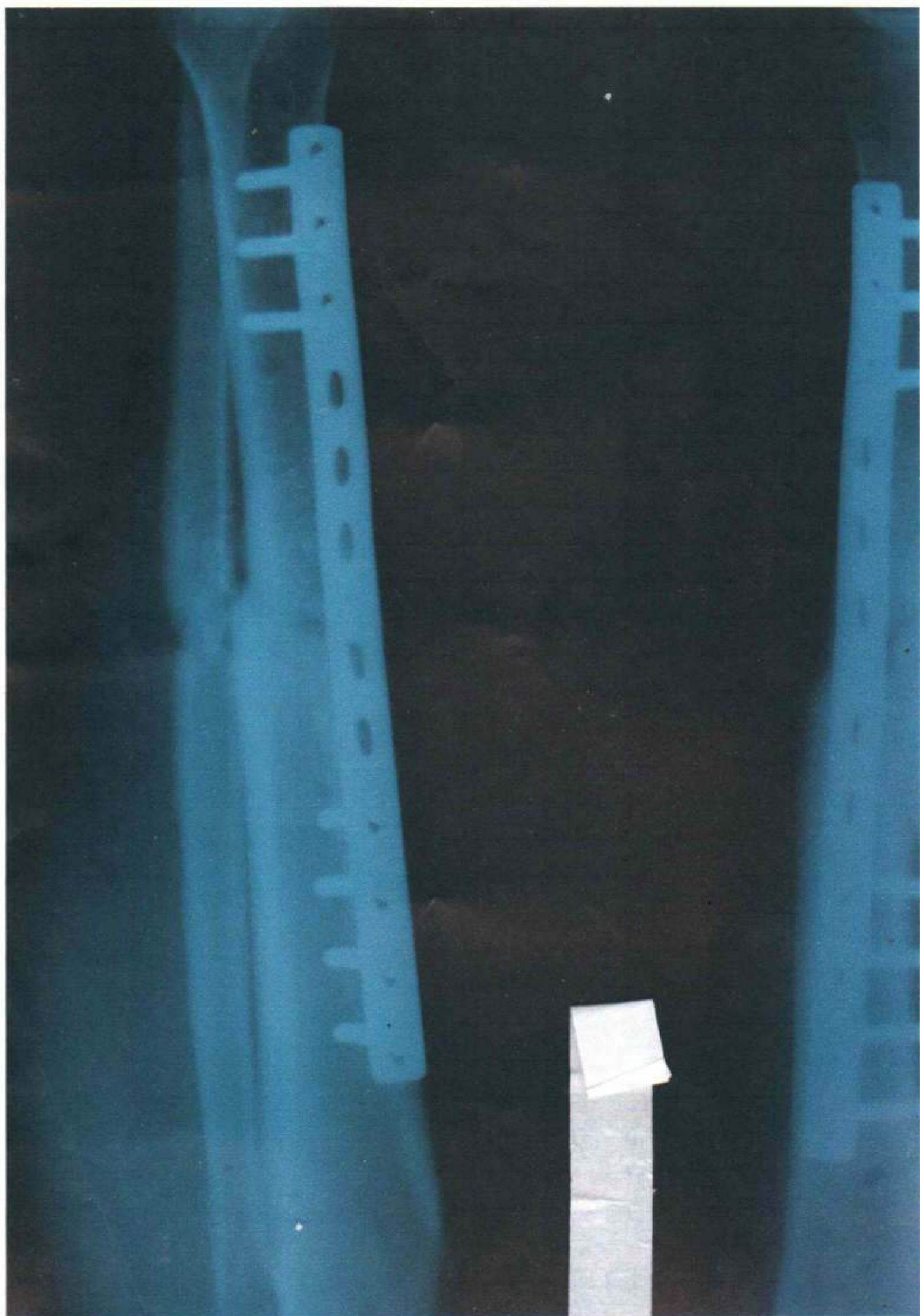
Recuso informar

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 Silas</u>		Número: <u>237</u>	Complemento: <u>lado A</u>
Bairro: <u>Silas</u>	Cidade: <u>N. Srta. da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>	CEP: <u>49680-100</u>
E-mail: <u>marcosdegloria@gmail.com</u>			Tel. (DDD): <u>79 999 38 92 04</u>

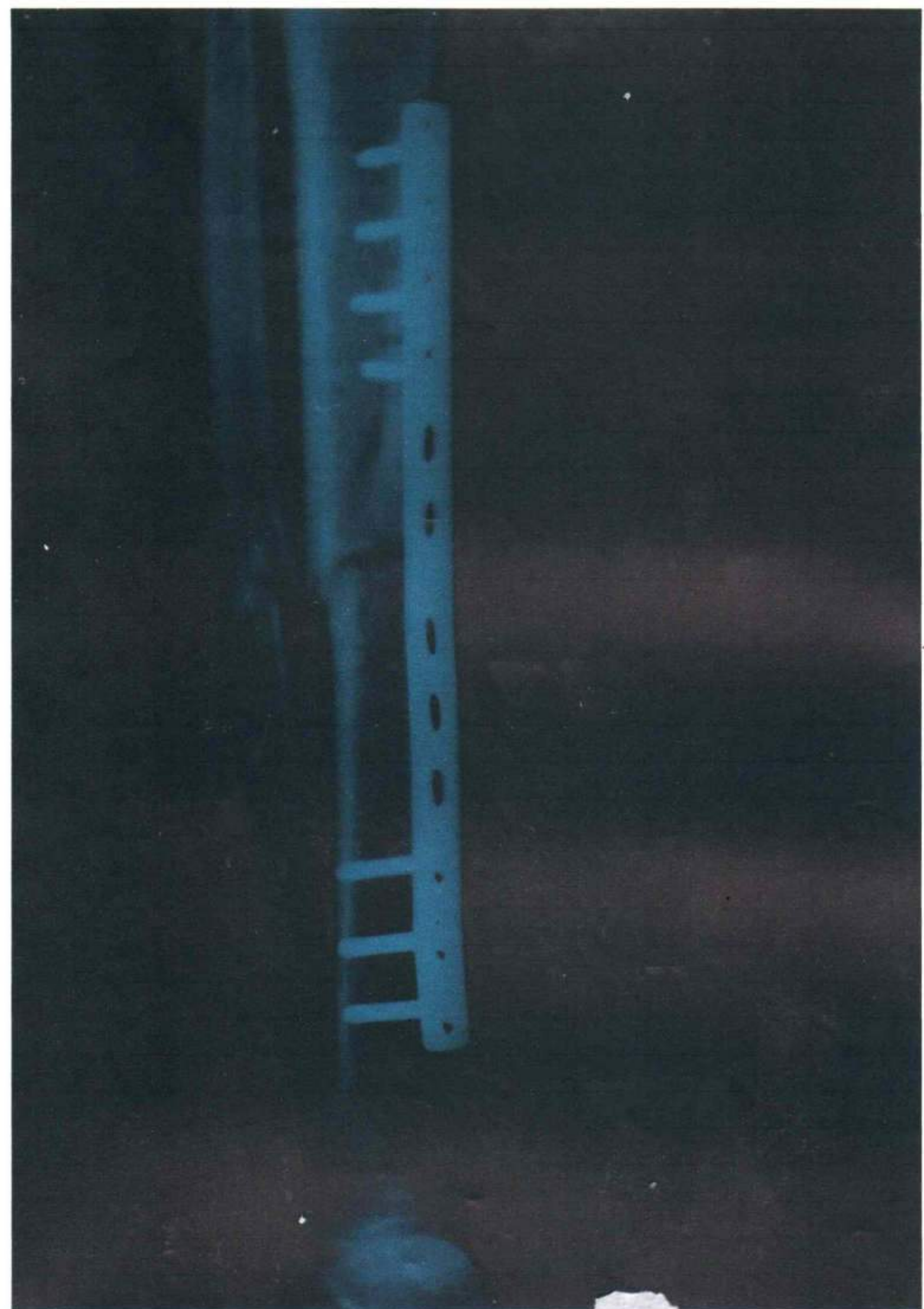
Local e Data: Nossa Senhora da Glória 11/05/2021

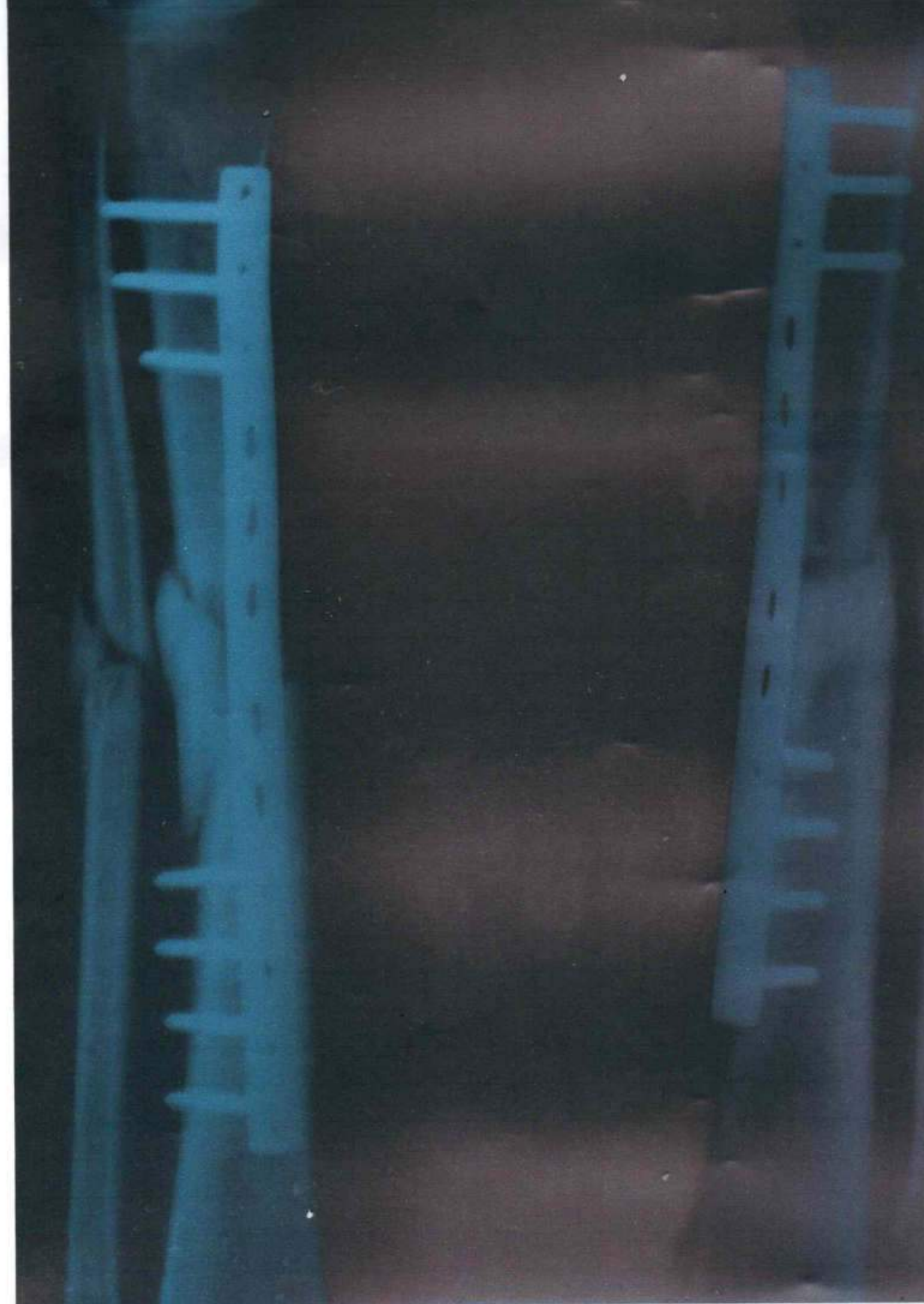
José Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

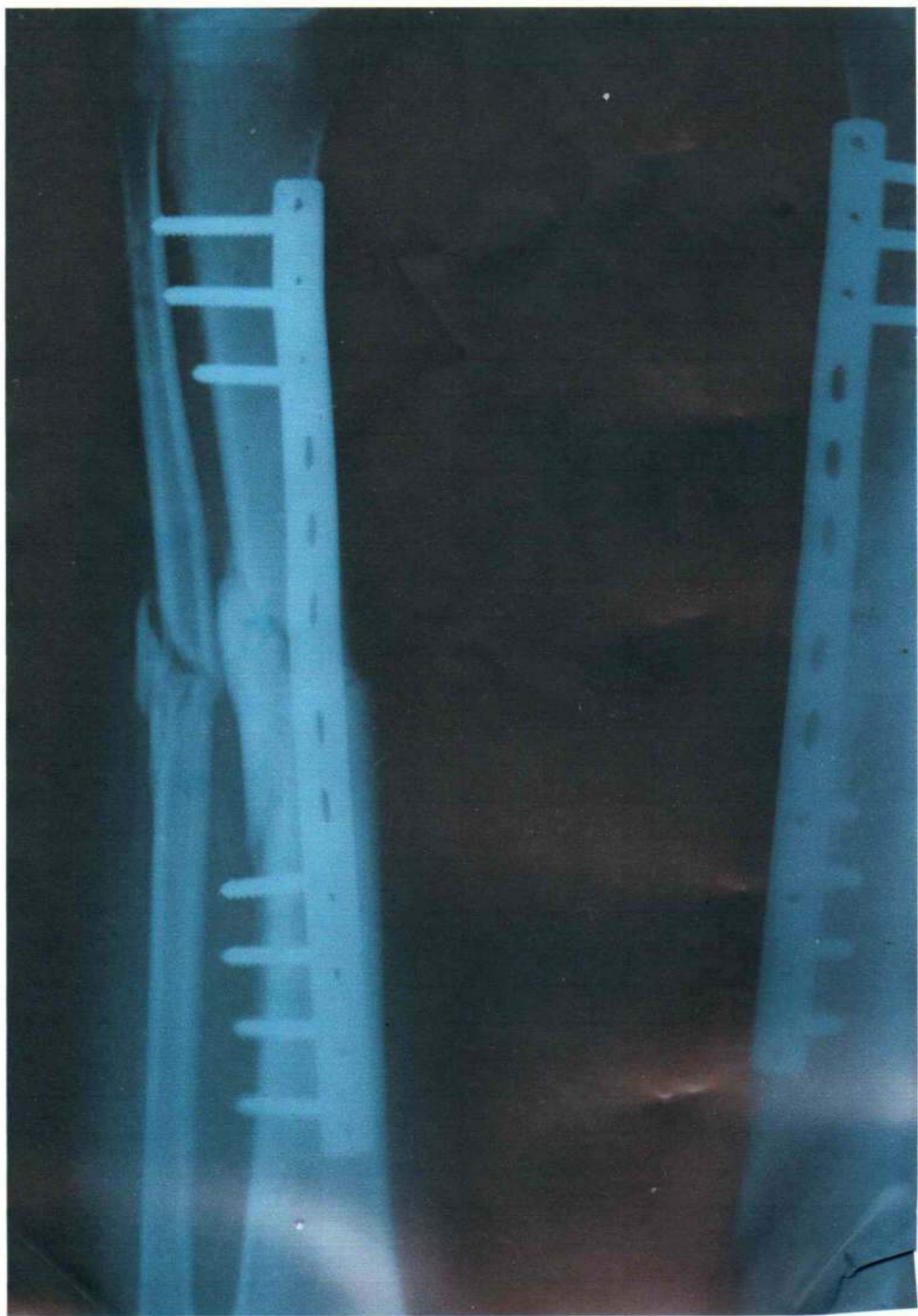


124 /
15.1









RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: João Roberto Santos Junior

DATA DA ENTRADA: 27/11/2022

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 hipertensão arterial sistêmica, com relato de angustas de cabeça, que piorou com o uso de medicação, foi submetido a cirurgia de craniotomia e retirada de tumor. Evoluiu para alta em boas condições.

HISTÓRICO CIRÚRGICO: 01 Craniotomia de remoção de tumor de tecido mole.

EXAMES COMPLEMENTARES: Rx de Pelve Anter e 28 + Prostatectomia.

MÉDICOS ASSISTENTES: Dr. Sérgio Cavalcanti, CRM 1822

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (x) TRANSFERIDO () ÓBITO () EVASÃO ()

ARACAJU 16 de 12 de 2022

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Ortopedia

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 198866 DATA: 22/10/2020 HORA: 21:42 USUARIO: JJAZEVEDO
CNS: 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...: 79-9988399
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 alteracoes

DIAGNOSTICO: D = embriagado CID:

D = fratura exposta perna

Prescricao HORARIO DA MEDICACAO
As curadas da Ortopedia
Feita sutura e de ferimento
Alta da Cirurgia Geral

DATA DE SAIDA: 22/10/2020
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EV. DE MENORES
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] UML [] ANAT. PATOI

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Rx de perna direita 2 posicoes
RESULTADO EM 22/10/2020
AS 22:46 HORAS

Carimbo: Julio César M. de Menezes, Cirurgião Geral, Video Cirurgia, 2008

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome Completo: JORGE DE SANTANA SANTOS
Número de Id.: 0100000000000000
Data de Nascimento: 18/06/1969
Tipo: Idade: 51 anos
Sexo: MASCULINO
Responsável: JOSE AVELINO DOS SANTOS
Nome da Mãe: JOSEFINA DE SANTANA
Qualificação: SOF PERAS SEM SUS
Endereço: ZONA RURAL Cep.: 49680-000
Telefone: 70-998839974
Cidade: 2804508 - SE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Tipo de Entrada: 2 - EMERGENCIA No. do BE: 198866
Clínica: 818 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Data de Internação: 02/10/2020
Hora de Internação: 15:08
Médico Solicitante: 094.955.055-36 - WAGNER JOSE ANDRADE SANTOS
Médico Solicitado: NAO INFORMADO
Médico Responsável: NAO INFORMADO
Médico Encarregado: AARLIVEIRA

PREPARAÇÃO DA SAIDA

Nome do Médico
Nome do Enfermeiro
Nome do Auxiliar
Nome do Técnico
Nome do Farmacêutico
Nome do Socializador
Nome do Psicólogo
Nome do Nutricionista
Nome do Fisioterapeuta
Nome do Odontólogo
Nome do Fonoaudiólogo
Nome do Assessor Social
Nome do Assessor Jurídico
Nome do Assessor de Comunicação
Nome do Assessor de Qualidade
Nome do Assessor de Avaliação de Risco
Nome do Assessor de Segurança
Nome do Assessor de Meio Ambiente
Nome do Assessor de Saúde Ocupacional
Nome do Assessor de Saúde Coletiva
Nome do Assessor de Saúde da Família
Nome do Assessor de Saúde da Criança
Nome do Assessor de Saúde da Mulher
Nome do Assessor de Saúde do Idoso
Nome do Assessor de Saúde do Adolescente
Nome do Assessor de Saúde do Trabalhador
Nome do Assessor de Saúde do Indígena
Nome do Assessor de Saúde do Povo da Floresta
Nome do Assessor de Saúde do Povo da Montanha
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Campo
Nome do Assessor de Saúde do Povo da Cidade
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Litoral
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Interior
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Nordeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sudeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sul
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Centro-Oeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Norte
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Centro-Norte
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Centro-Sul
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sul-Sudeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sul-Sudoeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sudoeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sudeste-Sul
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sudeste-Nordeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sudeste-Oeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sudeste-Noroeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sudeste-Sudoeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sudeste-Sul-Sudoeste
Nome do Assessor de Saúde do Povo do Sudeste-Sul-Sudoeste-Sul

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM _____ HORAS
AS _____
TÉCNICO EM RADIOLOGIA

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

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM 23/10/2020
AS 19:50 HORAS
TÉCNICO EM RADIOLOGIA

HUSE

HOSPITAL URGÊNCIA DE SERGIPE

~~HE~~
on

PRESCRIÇÃO MÉDICA - ORTOPEDIA

PACIENTE: JORGE DE SANTANA SANTOS

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE PERNA DIREITA

DATA: 22/10/2020

01. DIETA VO LIVRE	SND
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. DAPIRONA 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	OG 18
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	OG (24 HO)
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 cirurgico conforme ato cirurgico, para controle de danos

Cd: Cirurgia conforme ato

- radiografia de controle e pré-op



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. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 750mg VO 6/6hs	12 18 24 0 6
6º. Nausebron 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	

Luziane Elitairio dos Santos
COREN-SE 138.885.F-1

Médico

Nome do Paciente: Jorge de Santana Santos

Página n

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

07/11/2010

OT

Substituído a Ketorolac de
FE e fixado sistema com
placa e parafuso.
Procedimento de sutura de ferida

CD: A. S. P.

Dr. Heidelberg Lins

CRM-SE 5472



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Nome do Paciente: Luiz de Santana Simões Idade: Sexo:
 Data de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
23/12	10:00	Paciente admitido no SRPA com PA calma, corar... fíg. em... verbalizando... com... PP = 145 x 44 mmHg P. = 68 bpm P. = 100% segue... 12A. Realizado curativo no... 13:00 Paciente a... 14:00 no leito... 15:00 Responder... 16:00 com... 17:00 T = 36,2° P = 120/min 18:00 T = 36,2° P = 120/min 19:00 T = 36,2° P = 120/min 20:00 T = 36,2° P = 120/min 21:00 T = 36,2° P = 120/min 22:00 T = 36,2° P = 120/min 23:00 T = 36,2° P = 120/min 01/11/20 07hs Pet. encontrar-se no leito, calma, afável, eup- nico, consciente, verbalizando, sem queixas. 09hs Realizado curativo em sutura com PHMB + higienização no leito + troca de lençóis.

Unidade de Enfermagem
RUA DE SANTOS
Nº 206879

04/11/20 12hs Administrado medicacao de hemonio (Riflenid + dipirona IV) conforme prescricao

13:30 Paciente no leito, agitado, febre e supuracao. Em uso de ACP individualizado associado em MIN + benzocaprilato. Acute o lauche.

18 Administrado medicacao de hemonio

04

11

20

20hs Realizado medicacao de analgesia

22hs Paciente sem febre no momento

24hs Administrado medicacao de hemonio

26hs Paciente apresenta febre e supuracao

05: 07hs Paciente no leito com febre, agitado

11 com febre, agitado, verbalmente agitado

20 com febre, agitado, verbalmente agitado

08hs Realizado medicacao de analgesia

PHUB e febre, agitado, verbalmente agitado

05/11/20 15:30 Retirado do hospital de alta medica, atestado

signum - febre

HOSPITAL DE URGENCIAS 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- ANTISSEPZIA + ASSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3- LIMPEZA ABUNDANTE COM SF 0,9%

4- ACESSO PARA PASSAGEM DOS FIOS + REDUÇÃO

5- FXAÇÃO EXTERNA EM TIBIA

6- CONFIRMAÇÃO FLUOROCÓSPICA

7- LIMPEZA COM SF0,9%

8- SUTURA POR PLANOS

1 SUTURA DE LIGAÇÃO INTERNA (ESQUELÉTICA)

9- CURATIVO

10- À SRPA

11-

12-

DATA: 22/10/2020

Assinatura do Cirurgião

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANSOPERATÓRIO
Lista de verificação para cirurgia segura

RG. 24130



DATA: 22/06/2019 NOME: Luiz Carlos Santos DN: 18/06/69

IDENTIFICAÇÃO CONFIRMADA: (paciente + equipe+prontuário+pulseira) antes da da indução anestésica? SIM NÃO

PROCEDIMENTO/SÍTIOS CONFIRMADO: (paciente + equipe+prontuário+exames) antes da da indução anestésica? SIM NÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO? SIM NÃO **ALERGIA:** N

CIRURGIA PROGRAMADA: Prost. exp. da tibia LATERALIDADE: DIREITA ESQUERDA

CIRURGIA REALIZADA: Prost. exp. da tibia

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

acordado
 orientado
 desorientado
 sonolento
 torporoso
 comatoso

EQUIPE

Cirurgião: Dr. Waldemar Souza
1º auxiliar: _____
2º auxiliar: _____
Anestesiologista: Dr. Ricardo
Circulante: Dr. Ricardo
Instrumentador: Karol
Enfermeiro: Rafael

HORÁRIOS

HORA Entrada C.C.: 23:00
HORA Entrada/sala: 23:15
HORA Início/anestesia: 23:30
HORA Incisão: 23:45
HORA Rafia: _____
HORA Término/anestesia: _____
HORA Saída/sala: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

medicamento: _____
Dose: _____
Hora: _____
Hora requie: _____

AVALIAÇÃO DE RISCO

Risco não avaliado
 Sem risco
 Risco de perda sanguínea >500ml (adultos)
 Risco de perda sanguínea 7ml/kg (crianças)
 Risco de broncoaspiração a/ou via aérea difícil

SUORTE VENTILATORIO

Tubo Oral Tubo Nasal
 AFAMADO Nº _____
 COMUM Nº _____
 JTCIT Nº _____
 Guedel nº _____
 Másc. laringea nº _____

ACESSO VENOSO

IAVP JAVC
 Já admitido com acesso USE
 Acesso puncionado em sala
Jugular: D E
Subclávia: D E
Femoral: D E

SONDA VESICAL

MELATON Nº _____ SVD nº _____
 C/restricção: S/restricção
 Látex Silicone
Passado por: _____
Drenado(ml): _____

SONDAS DRENOS E OUTROS DISPOSITIVOS

SNG Nº _____ D. abdominal nº _____
 SNE nº _____ D. Blake nº _____
 penrose nº _____ Catster fogarty nº _____
 D. tórax nº _____ D. kher nº _____
 D. sucção nº _____ D. pizzer nº _____

POSICÃO

Dorsal Ventral
 L.Direito L.Esquerda
 Canivete Litotômica
 Trendelenburg
 Trendelenburg reversa

TÉCNICA ANESTÉSICA

Sedação local
 Geral venosa Peridural s/ cateter
 Geral combinada Peridural c/ cateter
 Geral inalatória Laque
 Geral balanceada
 Bfoqueio de plexo

ASSERSIA

PVPI tópicos
 PVPI alcoólica
 Cloróxidina alcoólica
 Cloróxidina degermante
 Cloróxidina aquosa

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

carro de anestesia Bomba de infusão cardiocópio
 monitor cardíaco monitor cerebral (bis) PIC
 Oxímetro Inten. de imagem foco auxiliar
 capnógrafo microscópio fonte de luz
 PA não invasiva videolaparoscópio termômetro
 PA invasiva broncoscópio desfibrilador
 imanta térmica fibroscópio difusor
 garrote pneumático Outros: _____

COXINS: CABEÇA MSD MSE MID ME

FLACA DE BISTURI



LÓCAL: Estrodos Incisão cirúrgica

BISTURI ELÉTRICO

Bipolar
 Monopolar
 Ultrassônico
 Argônio

CONTAGEM DE COMPRESSAS

ENTREGUE	RECOLHIDO
Pequena:	Pequena:
Grande: <u>10</u>	Grande:

CONTAGEM DE INSTRUMENTAL

ENTREGUE	RECOLHIDO

SINAIS VITAIS

	SpO2 (%)	EpCO2	FC (BPM)	FR (RPM)	TEVP (°C)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	GLICEMIA	LPP (Local)
PRÉ-OPERATÓRIO	<u>96</u>								
INTRA-OPERATÓRIO	<u>99</u>		<u>84</u>			<u>103x5+</u>			
POS-OPERATÓRIO									

COLETA DO MATERIAL PARA BIÓPSIA? Se sim, registrar no frasco: nome completo, data de nascimento, nº do prontuário, cirurgião e data do procedimento de amostras. Descrever as amostras.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA/HORA

REGISTRO

ASSINATURA

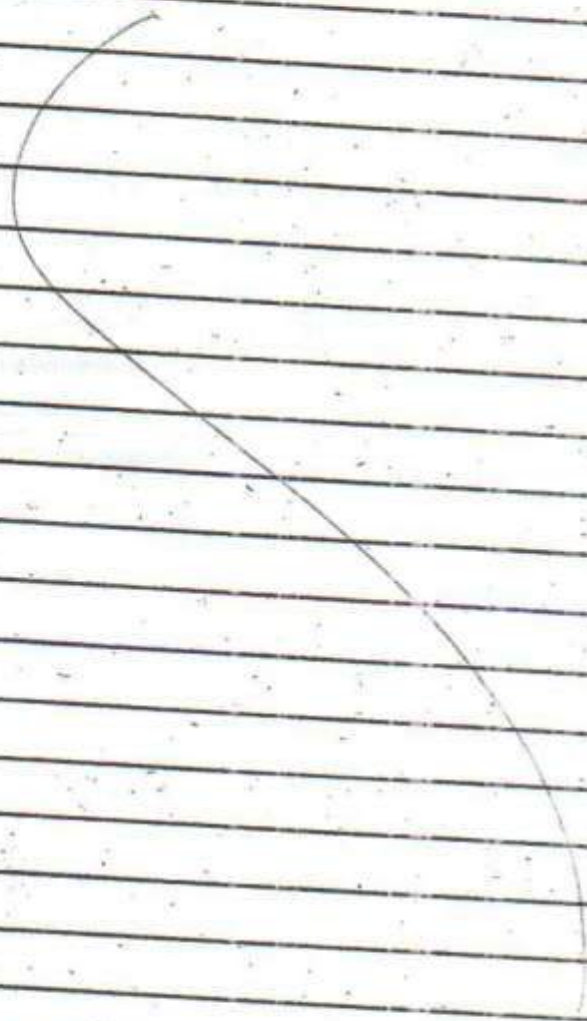
23:15 Paciente admitido na S.O 09 vítima de acidente motorciclístico acordado calmo orientado consciente respondendo pouco às solicitações.

Cecília Santos
Téc. Enfermagem
621568

23:30 Realizado nasquianestesia semi-intervencionária.

Cecília Santos
Téc. Enfermagem
621568

23:45 Início do procedimento cirúrgico após limpeza abundante com SF0,9%. Procedimento realizado semi-intervencionária.



ENCAMINHADO PARA: SRPA

Cecília Santos
Téc. Enfermagem
621568

HUSE BOLETIM DE ANESTESIA *Slanes*



PACIENTE: <i>Jorge de Santana Santos</i>		REGISTRO: <i>24130</i>
UNIDADE:	MEDICO:	LEITO:
CIRURGIA PROGRAMADA: <i>Fixação Cirúrgica fratura de tíbia D</i>		CIRURGIA REALIZADA:
ANESTESIOLOGISTA: <i>Carolina Porto</i>		TÉCNICA ANESTÉSICA: <i>Rajua anestesia</i>
CIRURGIÃO: <i>Paulo Salati</i>		AUXILIAR: ASA: <i>I</i>
HORA DE INÍCIO: <i>8:40h</i>	HORA DE TÉRMINO:	ACESSO VENOSO: <i>HSD pelo 20G</i>
		POSICÃO: <i>Decúbito Dorsal</i>

AGENTES INALATÓRIOS	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
FLUIDOS												

*ECC SpO2
PVP MSD pelo 20G*

CEC OUTROS: *5/ Intervenções*

MONITORIZAÇÃO		CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA	
PA NÃO INVASIVA	<input checked="" type="checkbox"/>	PVC	
PA INVASIVA	<input type="checkbox"/>	TEMPERATURA	
ELETROCARDIOGRAFIA	<input checked="" type="checkbox"/>	DIURESE	
OXIMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	VENTILAÇÃO	
CAPNOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	PAM	

AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILAXIA
1) FENTANIL <i>50ug IV</i>		NONE
2) MIDAZOLAM <i>12.0 IV</i>		
3) NEOFRINA PESADA <i>0.5 / 0.3mg IT</i>		1ª. Dose as: horas
4) AMINOCA <i>0.05mg IT</i>		2ª. Dose as: horas
5) DEXAMETASONA <i>4mg IV</i>		3ª. Dose as: horas
6) DIFENIDRAMINA <i>20mg IV</i>		
7) METOPROLOLOL <i>100mg IV</i>		

OBSERVAÇÕES: *Plasmaio Subaracnóideo, Amulib, Guincke n= 2G, 3/4 (medica), punção uterica*

ENCAMINHADO PARA () UTI () UNIDADE

CP Porto
 Dr. Carlos Pereira S. Porto
 Anestesiologista
 CRM-SE 2367

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Jenge de Santana Santos.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Fratura de Tibia (D)

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento Cirúrgico de Tibia (D)

CIRURGIÃO: Paulo Salati.

AUXILIARES: Heidelberg Lins (MR)

ANESTESIA: Rocui ANESTESISTA: Dra. Karina.

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO: C. limpo

CIRURGIA LIMP A 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


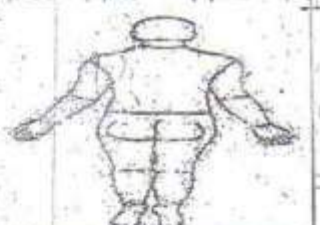
DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DAA sob bloqueio anestésico
- 2) Fenta Triclorama + ampicil + antiespasmódico
- 3) Retinada de fixação externa
- 4) Colocados curtos curtos externos
- 5) Acor anterior da perna (D)
- 6) Redução manuseio da fratura
- 7) Fixação com placa para 12 furos
- 8) T. para furos corticoides.
- 8) Limpeza com 4% + Remoção da linfática
- 9) curativo extenso. qto roupa nos planos.

DATA: 03/11/2010

Dr. Heidelberg Lins
Médico
CRM-SE: 6472

Assinatura do Cirurgião

HUB		REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANSOPERATÓRIO		Lista de verificação para cirurgia segura					
DATA: 08/10/20	NOME: Jorge de Santos Santos	DN: 180615							
IDENTIFICAÇÃO CONFIRMADA: (paciente + equipe + prontuário + pulseira) antes da indução anestésica?				<input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO					
PROCEDIMENTO/SÍTIO CONFIRMADO: (paciente + equipe + prontuário + exames) antes da indução anestésica?				<input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO					
TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO? () SIM () NÃO () NA				ALERGIA:					
CIRURGIA PROGRAMADA:				LATERALIDADE					
CIRURGIA REALIZADA: Tre. Pélvico de fratura de tíbia				() DIREITA () ESQUERDA () NA					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		EQUIPE		HORARIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> acordado		Cirurgião: Dr. Paulo Salgado		HORA Entrada C.C.: 8:50					
<input checked="" type="checkbox"/> orientado		1º auxiliar: Dr. Heitor		HORA Entrada/sala: 8:50					
() desorientado		2º auxiliar:		HORA Início/anestesia: 9:10					
() sonolento		Anestesiista: Dr. Luís		HORA Incisão: 9:10					
() torporoso		Circulante: S. S.		HORA Rafia: 9:45					
() comatoso		Instrumentador: Alexandre		HORA Término/anestesia:					
		Enfermeira: Alexandre		HORA Saída/sala: 9:50					
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		AVALIAÇÃO DE RISCO		SUPPORTE VENTILATORIO					
Medicamento:		() Risco não avaliado		() Tubo Oral () Tubo Nasal					
Dose:		() Sem risco		() ARAMADO Nº					
Hora:		() Risco de perda sanguínea >500ml (adultos)		() COMUM Nº					
Hora repique:		() Risco de perda sanguínea 7ml/kg (crianças)		() TQT Nº					
		() Risco de broncoaspiração e/ou Vle aérea difícil		() Guedel nº					
				() Mês. laringea nº					
				ACESSO VENOSO					
				<input checked="" type="checkbox"/> AVP () JVC					
				<input checked="" type="checkbox"/> Não admitido com acesso					
				() Acesso puncionado em sala					
				Jugular: () D () E					
				Subclávia: () D () E					
				Femoral: () D () E					
SONDA VESICAL		SONDAS, DRENOS E OUTROS DISPOSITIVOS		POSICÃO					
() NELATON Nº () SVD nº		() SNG Nº () D.abdominal nº		<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal () Ventral					
() C/restricção () S/restricção		() SNE nº () D.blake nº		() L.Direito () L.Esquerda					
() Látex () Silicone		() penrose nº () Cateter fogarty nº		() Canivete () Litotômica					
Passado por:		() D.tórax nº () D.kher nº		() Trendelenburg					
Drenado(ml):		() D.sucção nº () D.pizzer nº		() Trendelenburg reversa					
TÉCNICA ANESTÉSICA:		ASSEPSIA:		EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS					
() Sedação () local		() PVPI tópicos		<input checked="" type="checkbox"/> carro de anestesia () Bomba de infusão () cardiocó					
() Geral venosa () Peridural s/ cateter		() PVPI alcoólica		<input checked="" type="checkbox"/> monitor cardíaco () monitor cerebral (bis) () PIC					
() Geral combinada () Peridural c/ cateter		<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina alcoólica		<input checked="" type="checkbox"/> Xímetro () Inten. de imagem () foco auxli					
() Geral inalatória		<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina decemante		() capnógrafo () microscópio () fonte de li					
() Geral balanceada		() Clorexidina equosa		() JPA não invasiva () videolaparoscópio () termômi					
() Bloqueio de plexo				() JPA invasiva () broncoscópio () desfibrila					
				() manta térmica () fibroscópio () díprofus					
				() garrote pneumático () Outros:					
COXINS: () CABEÇA () MSD () MSE () MD () ME		PLACA DE BISTURI		BISTURI ELÉTRICO					
				() Bipolar					
		LOCAL: MSE		<input checked="" type="checkbox"/> Monopolar					
		● Eletrodos		() Ultrassônico					
		= Incisão cirúrgica		() Argônio					
				CONTAGEM DE COMPRESSA					
				ENTREGUE: RECOLHID					
				Pequena: Pequena:					
				Grande: 15 Grande: 13					
				CONTAGEM DE INSTRUMENT					
				ENTREGUE: RECOLHE					
				SINAIS VITAIS					
	SpO2 (%)	EtCO2	FC (BPM)	FR (RPM)	TEMP (°C)	PA (mmHg)	PAI (mmHg)	GLUCEMA	U (Lc)
PRÉ-OPERATÓRIO	99		50	13		98x58			
INTRA-OPERATÓRIO	99		63	10		85x50			
POS-OPERATÓRIO	99		55	10		85x54			
COLEFADO MATERIAL PARA BIÓPSIA? Se sim, registrar no frasco: nome completo, data de nascimento, nº do prontuário, cirurgião e data do procedi de amostras. Descrever as amostras.									

15/01/2019

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA/HORA

REGISTRO

ASSINATURA

8:10 Paciente admitido em S.O. fase
submeter a este exercício labora
consciente, orientado, realizand

8:40 início da anestesia Raquel
9:10 após assepsia de pele e colocação
dos trocáros cirúrgicos de acordo com o
a cirurgia

9:45 término da cirurgia

9:50 Paciente encaminhado para S.O.
em uso de betametaxolona

Alcides Alexandre Martins
Médico
CRM 100000

AMINHADO PARA:



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

RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

Jonas Roberto da Silva
foi atendido (a), nesta unidade dia 20/02/20

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 [] ULTRASSONOGRRAFIA

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

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

Paciente apresentando ulcera em regio de perna esquerda
há uma semana. O mesmo refere que foi vítima de
acidente motorciclístico há 4 meses e apresenta platema
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: em unhas.

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO

1 Solicito Rx de perna 2 Ipratropio 19 su
2 Auscilações do ortopedia 3 Solicito laboratório

EEJ

Márcio Vasconcelos
Médico
CRM-SE 5606

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

às 21:30hs Realizado a limpeza da perna e
ministrado medicamentos e.p.m.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

JEIXA

PROFISSÃO:

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

PO

ALERTA/ORIENTADO LETARGICO OBNUBILADO TORPOROSO COMATOSO OUTROS

HISTÓRIA PREGRESSA

DIABETES HIPERTENSÃO ARTERIAL CARDIOPATIA AVC OUTROS:
QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM NÃO

MEDICAMENTO EM USO

SIM NÃO

QUAIS:

QUAIS:

DADOS VITAIS

glicose mg/dl Pressão Arterial / mmHG Frequência Cardíaca bpm Temperatura °C Frequência Respiratória lrpm Saturação de Oxigênio % Peso kg

RISCO:

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

OBSERVAÇÃO:

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

DESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

Oto
Oto 11 PSA 7,4 e baixa
a 9 11 glicose de 100
CD: IDVO + A+B

REGISTRO DE ENFERMAGEM

As HUFF

Agamen Villar Neto

HORÁRIO DE SAÍDA:

Assinatura e Carimbo

ENFERMEIRO
2008
CBO: 3100-07
Região de Saúde de Ruy X. Tito

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

Dr. Lucas S. Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15742
TEL: 16811

DATA DA SAIDA: 1 1 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

Jorge de Santana Santos
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

2 - CIES

2 | 4 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Regional Gov. João Alves Filho

4 - CIES

2 | 4 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

3092 J. Alves Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

14034

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

403101017181619121118101712

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/06/1969

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/COR

13

11 - NOME DA MÃE

JUSTINA DE S. PANA

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOÃO ALVES DOS SANTOS

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA DOS SANTOS

16 - MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

NOVA FORTUNA - BA. ALAGOAS

17 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO

2804508

18 - UF

51

19 - CEP

57476800

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Distúrbio de PSA flutuante de 7,6
Expansão do ventrículo de 1,5
Sintomas de insuficiência cardíaca

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca

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

Exame de PSA: 7,6

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca

24 - CID 10 PRIMÁRIO

S82

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO

() ONS (X) OPF

31 - DOCUMENTO

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

815300115111

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

João Alves dos Santos

34 - DATA DO PROCEDIMENTO

11

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNIS DA EMPRESA

42 - CBO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID: ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() ONS () OPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11

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

Santos

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

Endereço.....: 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



HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR
JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE

Jorge de Santana S/S

LEITO

ENFERMARIA

EVOLUÇÃO

Data/Hora

31/01/21

Ortopedia #
Recidiva malha na mão direita, NYDD,
- uso de Cigas + Clinda, w febre.
Cd. Montido
Lab. Leis



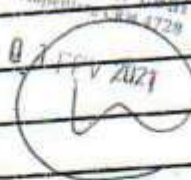
01/fev/21

Ortopedia
Pde artal sem queu na mão
Amb dnto. ferida paraflexão p/mb
Lecionada oral (muito)
Pain exome (31/01): Hb: 10,9 Ht: 33,6 Pny: 23,6
Leuc: 6400

Cd. Montido + Antiox

Diogo M. L. L. S.
Ortopedia - CRM 4729

07 fev 2021



02/02/21

Ortopedia

07.30

- Ferida operatória infectada em tibia D, com
exposição de material de síntese.
Locente no leito, sem quebras no mo-
mento, com curativo secretivo. FO ainda com
necrose infectada e não cicatrizada. Novos
laboratório já com Hb=17,4; Ht=35,4; Leuc:
6.700; Plaq=298.000; Creat=1,0; Urea=18; Glic=126
Cond. ① Manterho antibioticoterapia venosa,
curativo diário e observação de partes moles.
② Vide prescrição médica

Drª Morgana Lyra Cavalcante de Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 4936 J20116647

EVOLUÇÃO MEDICA

EVOLUÇÃO

Data/Hora

03

A. Paciente evoluiu bem

01

Continua manter secreções purulentas e irrigadas de plasma

01

CD: - transferir o paciente para o HUSC (local de origem)

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



HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLORIA



INTERNAMENTO CIRÚRGICO

Nome: João de Santana Santos
 Idade: Data de Nasc.: Prontuário: Leito:
 HD: F.O. infundida - tibia (D) com cirurgia de Sinter

31/10/21

Data	Prescrição Médica	Aproximadamente
1	REPOUSO <u>no leito</u>	SND
2	DIETA <u>VD, líquida</u>	
3	SORO <u>3F09% 1000ml EV - 24L</u>	500 500
4	DIPIRONA, 01 AMP + 08 ML AD, EV DE 6/6H SE DOR	SOS
5	CETOPROFENO, 100 MG, EV DE 12/12H <u>SUSP</u>	SOS
6	TRAMAL, 100MG + 100MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SOS
7	ONDASENTRONA, 08MG + 50MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE NÁUSEAS E VÔMITOS	SOS
8	ENOXAPARINA, 40 MG, SC DE 24/24H	10
9	OMEPRAZOL, 40 MG, EV UMA VEZ AO DIA	06
10	KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H	12 18 24 06
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 APOS 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	<u>Lirio 400</u> EV 12/12h	Retorno 12 06
19	<u>CLINDA 600</u> EV 6/6h	12 18 24 06
20		

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:

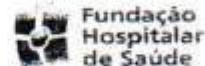
Dr. Washington Baidin
 Maria Cicera de Barr
 CQREN-SE 133483-EX

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	35,2c	54bpm	-	-	+	João de Santana
10h00		120x70	36,2c	59	-	-	+	Paerlândia
18h00		115x65	36,2c	57	-	-	+	Cláudia
22h00		110x66	36,2	54	-	-	+	Cláudia



HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLORIA



INTERNAMENTO CIRÚRGICO

Nome: Anny e Jonathan Sombra
 Idade: Data de Nasc.: Prontuário: Leito:
 HD: fo internado em +ba (1) + exames de Sombra

Data	Prescrição Médica	Aprezamento
01/fev/21	1 REPOUSO <u>no leito</u>	
	2 DIETA <u>100 líquida</u>	
	3 SORO <u>5100 ml 1000 ml / 24h</u>	<u>500 500</u>
	4 DIPIRONA, 01 AMP + 08 ML AD, EV DE 6/6H SE DOR	<u>905 1800</u>
	5 ETOPROFENO , 100 MG, EV DE 12/12H <u>1800</u>	
	6 TRAMAL, 100MG + 100MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<u>305</u>
	7 ONDASENTRONA, 08MG + 50MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE NÁUSEAS E VÔMITOS	<u>305</u>
	8 ENOXAPARINA, 40 MG, SC DE 24/24H	<u>1/1 0/0</u>
	9 OMEPRAZOL, 40 MG, EV UMA VEZ AO DIA	
	10 KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H <u>(5050)</u>	
	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°	<u>Novas</u>
	17 SSVV E CCGG	<u>Plata</u>
	18 <u>CIND FROYALIND 400mg (1) 1111mg</u>	<u>1/2 1/2 2/3 ox</u>
	19 <u>CLINDAMICINA 600mg (1) 600mg</u>	
	20	

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:

Thiago M. Leal
 Ortopedista CRM 4728
 02/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%	Presente	Clesimery Marques Trindad
12h00		120x80	35.80				+	João Sombra
18h00		110x80	36.00				+	João Sombra
22h00	—	120x80	35.4	67				Clesimery Marques Trindad

COREN-SE 650.277 - TI

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA 22h Verificação. Sinais PA 110x60, FC 54, T=36,2 C. Sinais em supino do leito calmo, consciente, orientado e bem hidratado sem desconfortos.

24h adm. medicação de horários c.p.m. 1382523

08:00h Paciente encontra-se no leito em decúbito dorsal consciente, orientado verbalizando, aceita dieta ofertada. Portando PA em MSE com seroterapia refere dor (+) de dentes (+) na região alveolar no momento segue sem queixas aos cuidados da equipe.

09:30h 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°C

11:00h adm. med. e PM de horários Maria Solange Santos COREN-SE 925.498 - TE

16:00h administrado med. e PM de horários queixa-se de alga em MTD administrado dipirona 500 e em aferido PA: 110x80 mmHg Tax: 36,2°C 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 Irma de Barros Tec. de Enfermagem COREN-SE 001129.574

01.02.2021 às 19h Paciente no leito em RFE + alívio + eupneico + consciente + orientado + alívio + AUP em MSE + FF (+) aceita dieta ofertada.

22h - Aferido SSBV registrado em gráfico (ver gráfico)

23h - Paciente sem queixas e febre.

24h - adm. medicação c.p.m. Clesimery Marques Trindade COREN-SE 650.277 - TE

06h - Aferido SSBV registrado em gráfico (ver gráfico)

06h - Administrado medicação conforme prescrição. Paciente segue em quadras sem queixas e febre. Clesimery Marques Trindade COREN-SE 650.277 - TE

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

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

As 12:00h adm. MCPM + SSV PA: 110x70 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, eupneico, afébril. Sem queixas no momento, aceitando a dieta ajustada diluída presente, defecação presente com AVP em MSD com bom fluxo bem seguiu a orientação da equipe plantonista

As 22hs do dia 02.02.2021 aferido a PA = 114 x 71 mmHg T_{ax} = 36,2°e

24:00h adm. medicação de horários - C.P.M

Adeniza Gonçalo da Costa
CORENJE 40812/AE

03-02

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

levando a sim PA 104 x 66 F: 34,8c

Adeniza
CORENJE 40812/AE

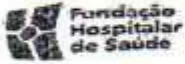
03.02.21 As 09:40h realizando banho - troca de lençóis, o mesmo está consciente, orientado, calmamente verbalizando, também realizou curativo no infirmário do plantão.

10:00h Virapavão - C.P.M PA 100 x 60 T: 36,7 T: 35,8c

11:45h administração medicação de horários - C.P.M fluído

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

Adeniza
CORENJE 40812/AE



**HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR
JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA**

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

502 1 JH JH

ENFERMARIA

LEITO

Data/Hora

EVOLUÇÃO

29/01/11

Paciente com PSA fratura
do pé e do 11º costela
do lateral de L1
CD: TAT
A&B
Sol. DTH
Sol. Exames

[Signature]
2566 INP
11/11/11
11/11/11

30/01/11

Paciente com PSA fratura da
tibia (L) e apresenta sintomas de
síndrome de compartimento, está
com o pé e a mão.

CD: Aguardar transição e
colocatório.

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
Ortopedia / Traumatologia
-1 PI 4887 / CRM-SE 5302

31/01/11

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: Carla de Santana Silva Leito 404-1
 D.N.: 18/10/1969 Sexo: () F: () M. Data: 24/01/2014 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 Progressiva: () HAS () DM () Cardiopatias () Outros: hipo

() 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
 miélico 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: () Normocárdico () Taquicardia () Bradicardia

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

Alterações na Pele / extremidades: () Pálidez () Cianótico () 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 () Cistostomia () Outros: _____

V- NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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 () Sonoento () Outros: _____

Dor

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

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

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

Assinatura do Enfermeiro(a)/Coren: _____

Carla de Castro Andrade
 CNIC

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>30/07/2021</u>	Hora: <u>16:50</u>
Diagnóstico Médico: <u>PSA elevada de exposição de células da tuberculose</u>	
II- NECESSIDADE E AUTO CUIDADO	
LOCOMOÇÃO:	
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 livre</u>	
() Dieta aceita () Dieta aceita parcialmente () Não aceitou a dieta () Dieta zero () Dieta por SNG	
() Dieta por SNE () Gastrostomia Observ.: : 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+	
() Cianótico () Cianótico +/4+ () Hidratado () Desidratado +/4+	
PELE: () Ressecada () Inteira Presença de lesão cutânea: () Sim () Não	
Local(is): <u>na pele</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:	
TORAX: () Simétrico () Assimétrico EXPANSÃO TORÁCICA: () Normal () Diminuída	
MAMAS: () Simétricas () Assimétricas () Nódulos palpáveis () Secreção () Outros:	
✓ SISTEMA RESPIRATÓRIO	
PADRÃO RESPIRATÓRIO: () Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Dispnéico	
RESPIRAÇÃO: () Espontânea - sem uso de O ₂ () Espontânea - com uso de O ₂	
() V.N.I.: Tipo: /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	
Ruídos 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: MI
CICLO MENSTRUAL: () Regular () Irregular () Não se aplica () Outros:	
✓ MMSS E MMII	
Alterações: () Não () Sim, Qual(is): <u>PSA elevada</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.o.m.: F.R.: r.o.m.: SPO ₂	

V-OBSERVAÇÕES

Pendências para o próximo turno / Intercorrências:

Outras observações:

Aguardando vaga p/ transferência


Maria Cicera de Barros
COREN-SP 133483-EN

Enfermeiro(a): _____

ASSINATURA E CARIMBO

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

PROCESSO DE ENFERMAGEM

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

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:


 COREN-5: 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-	

[Handwritten Signature]
 COREN 1133413-BA

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) <input checked="" type="checkbox"/> Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	___/___ horas
2) <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) <input checked="" type="checkbox"/> Ofertar dieta;	SND
4) <input checked="" type="checkbox"/> Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	Sempre que necessário
5) <input type="checkbox"/> Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cor) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	___/___ horas
6) <input type="checkbox"/> Aquecer o cliente;	Sempre que necessário
7) <input type="checkbox"/> Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Durante as 24 horas
8) <input type="checkbox"/> Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) <input type="checkbox"/> Colocar o cliente em posição de _____ a _____*;	
10) <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) <input type="checkbox"/> Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) <input type="checkbox"/> Elevar MMII a 15°;	
13) <input type="checkbox"/> Realizar troca de curativo, em lesão por pressão Utilizar _____	
14) <input type="checkbox"/> Trocar curativo de acesso venoso central em _____	A cada 24 horas- Enfermeiro
15) <input type="checkbox"/> Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) <input type="checkbox"/> Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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:	João de Santana Santos
DATA:	30/11/2021
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 pós 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 gastrintestinais () Função hepática prejudicada () História de quedas () Trauma
14-	
15-	
16-	

[Handwritten Signature]
 INSTITUTO CIBER...
 COREN 9123456789

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>José de Santana Santos</u>	Leito: <u>401</u>
Idade: <u>57 anos</u>	Data: <u>21/10/2021</u> Hora: <u>16:00</u>
Diagnóstico Médico: <u>FD hipertensão com exposição de membros 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>100% oral</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 () Midríase () 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>em membros</u>	Características:
Tipo de curativo:	
<u>Realizada troca de curativo</u>	
CABEÇA: Alterações:	
Cabelos: () Normal () Alopecia () Seborrêia () Pediculose () Outros:	
OUVIDOS: (X) Audição preservada () Diminuída () Surdez () Secreção () Outros:	
BOCA: () Desvio de comissura labial () Halitose (X) Falhas dentárias () Língua saburosa () Prótese () Outros:	
NARIZ: () Sem alterações () Rinorragia () 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 () 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: () Chelo () Filiforme () Ritmico () 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	
ABDOME: 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 hipertensão</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 71 transferência



Assinatura e Carimbo do Departamento de Enfermagem

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 INFECCÃO: (-) 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 () 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 gastrointestinais () Função hepática prejudicada () História de quedas () Trauma
14-	
15-	
16-	

Assinatura do Enfermeiro (a)/Coren: _____

[Handwritten Signature]
 31/10/2021

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) <input checked="" type="checkbox"/> Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	<u>06:00</u> horas
2) <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) <input type="checkbox"/> Ofertar dieta;	SND
4) <input type="checkbox"/> Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	Sempre que necessário
5) <input type="checkbox"/> Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cor) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	___/___ horas
6) <input type="checkbox"/> Aquecer o cliente;	Sempre que necessário
7) <input type="checkbox"/> Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Durante as 24 horas
8) <input type="checkbox"/> Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) <input type="checkbox"/> Colocar o cliente em posição de _____ a _____°;	
10) <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) <input type="checkbox"/> Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) <input type="checkbox"/> Elevar MMII a 15°;	
13) <input type="checkbox"/> Realizar troca de curativo, em lesão por pressão _____ Utilizar _____	
14) <input type="checkbox"/> Trocar curativo de acesso venoso central em _____	A cada 24 horas- Enfermeiro
15) <input type="checkbox"/> Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) <input type="checkbox"/> Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:


Cícera do Barros
 COREN-SE 133483-EX

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

PROCESSO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Jorge 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) <input checked="" type="checkbox"/> Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	<u>06:00</u> horas
2) <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) <input type="checkbox"/> Ofertar dieta;	SND
4) <input checked="" type="checkbox"/> Registrar sinais, sintomas, outras alterações e queixas dos (a) clientes;	Sempre que necessário
5) <input type="checkbox"/> Registrar débito urinário/ aspecto da diurese (cor) e comunicar valores igual ou <50 ml/hora*;	___/___ horas
6) <input type="checkbox"/> Aquecer o cliente;	Sempre que necessário
7) <input type="checkbox"/> Verificar e controlar perdas e reposições, atentar para sangramentos*;	Durante as 24 horas
8) <input type="checkbox"/> Manter o cliente no leito com grades elevadas;	Durante as 24 horas
9) <input type="checkbox"/> Colocar o cliente em posição de _____ a _____°;	
10) <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ horas;	6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4;
11) <input type="checkbox"/> Promover alívio das regiões com proeminências ósseas, utilizando o uso de coxins;	Durante as 24 horas
12) <input type="checkbox"/> Elevar MMII a 15°;	
13) <input type="checkbox"/> Realizar troca de curativo, em lesão por pressão _____ Utilizar _____	
14) <input type="checkbox"/> Trocar curativo de acesso venoso central em _____	A cada 24 horas - Enfermeiro
15) <input type="checkbox"/> Realizar banho, no leito ou de aspersão, uma vez ao dia e sempre que o cliente necessitar (após a autorização do Enfermeiro).	
16) <input type="checkbox"/> Realizar e ou orientar a higienização da cavidade oral do cliente 3 vezes ao dia;	10 18 22
17) <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:


 Maria Cicera de Barros
 COREN-SE 133483-EX

CLÍNICA MÉDICA
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

401-1

I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
 Nome: Jorge de Azevedo Santos
 Idade: 54 Data: 11/01/2021 Hora: 10:45 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: dieta zero
 () 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): na coxa Características: aspecto regular
 Tipo de curativo: plano devidamente protegido
sem aderência

CABEÇA: Alterações:
 Cabelos: () Normal () Alopecia () Seborrêia () Pediculose () Outros: _____
 OUVIDOS: (x) 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: _____
 TORAX: (x) Simétrico () Assimétrico **EXPANSÃO TORÁCICA:** (x) Normal () Diminuída
 MAMAS: (x) Simétricas () Assimétricas () Nódulos palpáveis () Secreção () Outros: _____

SISTEMA RESPIRATORIO
 PADRÃO RESPIRATORIO: (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): _____

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
Ruidos 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 () 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): movimentos repetidos

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 mmHg: T.ax.: 36 PC: P.: 54 b.p.m.: F.R.: _____ r.p.m.: SPO₂: _____

V-OBSERVAÇÕES

Pendências para o próximo turno / Intercorrências:

Outras observações:

M.H.S. (relato no livro) durante o período de alta
dos pacientes, observados em livro de anotações
de cada paciente.

[Handwritten signature]
Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

Enfermeiro(a): _____

ASSINATURA E CARIMBO

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro
CORDE / SF 058 / 121

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

CLÍNICA MÉDICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
NOME:	Jorge de Santana Junior
DATA:	10/01/2011
HORA:	10:25
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:	<i>Jorge de Santana 51</i>	LEITO:	<i>402-1</i>
DATA:	<i>01/02/2021</i>	HORA:	<i>10:45</i>
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO	
1) <input checked="" type="checkbox"/> Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;		<i>6/8</i> horas	
2) <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação prescrita;		Durante as 24 horas	
3) <input checked="" type="checkbox"/> Ofertar dieta;		SND	
4) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.			

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:

Valdylea Mary Soares de Barros
 COREN 15058/2018

**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>403</u>
Idade: <u>1</u> <u>Slaves</u> Data: <u>1/1</u>	Hora: <u>10:35</u>
Diagnóstico Médico: <u>FD infectada em tria (D) + exposição de</u> <u>história de úlcera</u>	
II- NECESSIDADE E AUTO CUIDADO	
LOCOMOÇÃO:	
Deambula: () Não (X) Sim, Obs.:	
(X) Restrito () Acamado () Hemiplégico () Tetraplégico () Paraplégico	
Posição corporal: <u>deitado dorsal</u>	
HIGIENE: CORPORAL: (X) Preservada () Prejudicada ORAL: () Preservada () Prejudicada	
SONO E REPOUSO: Satisfatório (X) Prejudicado () Insônia () Outros:	
NUTRIÇÃO TIPO: <u>luna</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.-T:	
III-NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
✓ ESTADO GERAL () BEG () REG () GEG	
✓ AVALIAÇÃO NEUROLOGICA	
(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 () Integra Presença de lesão cutânea: (X) Sim () Não	
Local(is): <u>MTD; úlcera</u> Características:	
Tipo de curativo:	
CABEÇA: Alterações:	
Cabelos: (X) Normal () Alopecia () Seborrêia () 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 () Rinorragia () Epistaxe () Outros:	
PESCOÇO: (X) Gânglios impalpáveis () Gânglios palpáveis () Outros:	
TORAX: (X) Simétrico () Assimétrico EXPANSÃO TORACICA: () Normal () Diminuída	
MAMAS: (X) Simétricas () Assimétricas () Nódulos palpáveis () Secreção () Outros:	
✓ SISTEMA RESPIRATÓRIO	
PADRAO RESPIRATORIO: (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 URINARIA: (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:

09.07.2021. Paciente em febre, comumente, suscitados
aspirando do nariz um hospital com febre.



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

Enfermeiro(a):

ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

CLÍNICA MÉDICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

NOME: George de Santana Saúto

DATA: 09/02/2021

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 206.855 E

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

PROCESSO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Doença de Sautoma Santos</u>	LEITO: <u>409.3</u>
DATA: <u>09/02/2021</u>	HORA: <u>10:35</u>
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO
1) <input checked="" type="checkbox"/> Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	<u>6/6</u> horas
2) <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
3) <input checked="" type="checkbox"/> Ofertar dieta;	SND
4) <input checked="" type="checkbox"/> 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 aspensão, 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) <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico de acordo com as normas da CCIH da unidade.	

Assinatura do enfermeiro(a)/Coren:

Joseane Alencar da Silva
COREN/SE 205.849 E

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

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

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

Diagnóstico Médico:

I- NECESSIDADE E AUTO CUIDADO

LOCOMOÇÃO:

Deambula: () Não (x) Sim. Obs.:
 (x) Restrito () Acamado () Hemiplégico () Tetraplégico () Paraplégico
 Posição corporal:
 HIGIENE CORPORAL: (x) Preservada () Prejudicada ORAL: () Preservada () Prejudicada
 SONO E REPOUSO: Satisfatório (x) Prejudicado () Insônia () Outros:

NUTRIÇÃO

TIPO: VO
 (x) Dieta aceita () Dieta aceita parcialmente () Não aceitou a dieta () Dieta zero () Dieta por SNG
 () Dieta por SNE () Gastrostomia Observ.: 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:

AVALIAÇÃO CUTÂNEA / MUCOSA / HIDRATAÇÃO

PUPILAS: () Isocóricas () Anisocóricas () Miose () Midríase () Fotorreagentes
 (x) Anictérico () Ictérico +/4+ (x) Corado () Hipocorado +/4+
 () Cianótico () Cianótico +/4+ () Hidratado () Desidratado +/4+
 PELE: () Ressecada () Integra Presença de lesão cutânea: (x) Sim () Não
 Local(is):
 Tipo de curativo: Realizado curativo apresentando sinais amarelados

CABEÇA: Alterações:

Cabelos: (x) Normal () Alopecia () Seborrêia () Pediculose () Outros:
 OUVIDOS: (x) Audição preservada () Diminuída () Surdez () Secreção () Outros:
 BOCA: () Desvio de comissura labial () Halitose (x) Falhas dentárias () Língua saburosa () Prótese () Outros:
 NARIZ: () Sem alterações () Rinorragia () 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 RESPIRATORIO

PADRAO RESPIRATORIO: () Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Dispneico
 RESPIRAÇÃO: (x) Espontânea - sem uso de O₂ () Espontânea - com uso de O₂
 () 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: () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arrítmico () 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
 ABDOME: 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 GENITURINARIO

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:

V-OBSERVAÇÕES

Pendências para o próximo turno / Intercorrências.

Outras observações:

Lined area for observations and notes.

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 sautes*

DATA: *03/07/11*

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 (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 (x)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 (x)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: (x)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
<input checked="" type="checkbox"/> 1) Aferir e registrar, em quadro específico os sinais vitais*;	<u>09/06</u> horas
<input checked="" type="checkbox"/> 2) Administrar medicação prescrita;	Durante as 24 horas
<input checked="" type="checkbox"/> 3) Ofertar dieta;	SND
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 18) 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 479801-ENF



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: ARACAU 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

RESPIRATÓRIO	SATURACÃO DE O ₂	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLUCOSE	UREIA	CREATININA
110/80	99%	80	18	NÃO	25	1,00
HEMOLOGIA	LEUCÓCITOS	PLAQUETAS	LACTATO	HCO ₃	PH	PCV 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

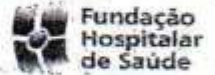
CARIMBO

Diogo M. Leal
Ortopedista CRM 4729

01 FFV 2021



HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLORIA



INTERNAMENTO CIRÚRGICO

Nome: *George de Lencastre Jr*

Idade: *50* Data de Nasc.: *10/01/1968* Prontuário: *1000000000* Leito: *10*

HD: *PSA Elevado e/ou Enzimas da próstata elevadas*

Data	Prescrição Médica	Aprazamento
	1 REPOUSO	<i>Almeida</i>
	2 DIETA <i>líquida</i>	<i>SND</i>
	3 SORO <i>F 0.9% 1500ml EV 2x/dia</i>	<i>500 + 500 + 500</i>
	4 DAPIRONA, 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>Almeida</i>
	6 TRAMAL, 100MG + 100MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>SOS</i>
	7 ONDASETRONA, 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>006</i>
	10 KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H	<i>06-12-18-24</i>
	11 CAPTOPRIL, 25 MG, SL SE PA > 160 X 110 MMHG	<i>Almeida</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>Almeida</i>
	13 GLICOSE 25%, 04 AMP, EV SE HGT < 60 MG/DL. REPETIR HGT APOS 20 MIN. SE PERSISTIR HIPOGLICEMIA, AVISAR AO MÉDICOPLANTONISTA	<i>Almeida</i>
	14 OXIGÊNIO SUPLEMENTAR SOB CATETER A 3L/MIN (SE SATO2 <92%)	<i>Almeida</i>
	15 MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 2 HORAS - PREVENÇÃO DE ÚLCERA	<i>Almeida</i>
	16 CABECEIRA ELEVADA 30°	<i>Almeida</i>
	17 SSVV E CCGG	<i>Almeida</i>
	18 <i>Clonidina 500, EV 8/12</i>	<i>06-12-18-24</i>
	19 <i>Clonidina 500, EV 12/12</i>	<i>06-12</i>
	20	

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:

George de Lencastre Jr
CRM 3362

Dr. Aníbal Mota de Sá
CRM 3362

DADOS VITAIS - FAVOR ANOTAR NOS CAMPOS ABAIXO

Data e Hora	Glicemia Capilar	PA (mmHg)	Tax (°C)	FC (bpm)	FR (ipm)	SO2 (%)	Diurese	Assinatura
<i>30.01</i> 6h00	-	<i>90x50</i>	<i>37,1</i>	<i>60</i>				<i>Almeida</i>
12h00								
18h00								
22h00								

George de Lencastre Jr
CRM 3362



HOSPITAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLORIA



INTERNAMENTO CIRÚRGICO

Nome: João de Santana Souza
 Idade: 51 Data de Nasc.: Prontuário: Leito:
 HD: PSA infectada com exposição de Sinter da tibia (D)

Data	Prescrição Médica	Aprazamento
30/01/17	1 REPOUSO <u>NO CANTO</u>	<u>Atenção</u>
	2 DIETA <u>VOLE</u>	<u>SND</u>
	3 SORO <u>SFO 9% - 1000ml EV 2 flx 500</u>	<u>SFO</u>
	4 DIPIRONA, 01 AMP + 08 ML AD, EV DE 6/6H SE DOR	<u>SOS</u>
	5 CETOPROFENO, 100 MG, EV DE 12/12H <u>Suavemente</u>	
	6 TRAMAL, 100MG + 100MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<u>SOS</u>
	7 ONDASENTRONA, 08MG + 50MLSF0,9%, EV DE 8/8H SE NÁUSEAS E VÔMITOS	<u>SOS</u>
	8 ENOXAPARINA, 40 MG, SC DE 24/24H	<u>1x</u>
	9 OMEPRAZOL, 40 MG, EV UMA VEZ AO DIA	<u>1x</u>
	10 KEFLIN, 01 G, EV DE 6/6H	<u>1x 13 24 28</u>
	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 <u>clindamicina 600mg qd de 6/6h 1x 13 24 28</u>	
	19 <u>ciprofloxacina 1000mg qd de 12/12h 1x 13 24 28</u>	
	20	

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:

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

Maria Cícera de Sá
COREN-AL 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	—	110x70	36.6°	87	—	—	0	<u>Assis</u>
12h00	—	110x80	36.6°	86	—	—	0	<u>Assis</u>
18h00	—	110x70	36.4°	89	—	—	0	<u>Assis</u>
22h00	—	100x70	36.8°	91	—	—	0	<u>Assis</u>

Márcia de Melchior Costa
Técnicas de enfermagem
COREN-SE 283083



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
NATALIDADE: 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		

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

EXISTE RE
INTERMUNICÍPIO DE SERTÃO

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 PDR 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-114245 / CRMSE 5301

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
FREQUÊNCIA ARTERIAL	SATURAÇÃO O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	GLUCOSIA	UREIA	CREATININA
100X70	98%	67	19	175	26	0,8
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2 (S/N)	SECRETIVO (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)	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (S/N)	ALIMENTAÇÃO: ORAL (S/N) / NTE (S/N)	ISOLAMENTO: SIM (RESPI) / NÃO (NÃO)	INSUF. RENAL (S/N)	ANTIBIÓTICO: (S/N)	ESCALA DE COMA DE GLASSGOW (S/N)
NÃO	NÃO	ORAL	NÃO	NÃO	SIM O2	15
NOTICIDADE						
DEAMBULA	COERENTE	ACANHADO	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						
AN. 33 Exagerar a gravidade do diagnóstico ou de prognósticos, omitir e tergiversar a existência ou ausência de vital, resultados ou qualquer outro procedimento médico.			AN. 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: 30/01/2021	Assinatura:					HORA: 12:50
HORA: 13:59H	Carimbo:			Responsável: DEUZA MATOS		
Médico do NIR				CRL (RECEBIMENTO)		
DATA:	Assinatura:			DATA:	HORA:	
HORA:	Carimbo:			Responsável:		
Comentário Médico (S/N)				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 e 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.						

DUSV UTI 2017. COPYRIGHT SIBAUI. COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE. REDE ESTADUAL DE SAÚDE

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 111.892 / CRM-SP 5301

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. SRª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HUSE - Dr. Roberto (Ortopedia)

98102-7474

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

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

Leitura em pré-op de fratura de perna (E) no HUSE. Apresentando lesões e esgotação 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 Niceno
Ortopedia e Traumatologia
ASSINATURA Nº 255 TEOT 14567
CRM/SCARIMBO DO MÉDICO

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Nº Prontuário _____

DATA: 30/01/2021

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jorge de Santana Santos

Apelido: "Diabo Branco" Naturalidade: Aracaju/SE

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

Escolaridade: 8ª série Renda: _____

R.G: 01.088.143-3 Ocupação: Lavador

Endereço: Rv. Pelos, Nossa Sra da Glória
Contato: _____

Filiação: Mãe: Jurema de Santana

Pai: José Aquilino dos Santos

Responsável: _____

Grau de parentesco: _____ contato _____

Endereço: _____

Previdência: SEM () NÃO OBS _____

Tabagista Estivo Outras drogas ()

AG+
EN+
ACS-

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

Nº de cômodos _____

Composição familiar: 02 pessoas (paciente + genitora)



EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

PACIENTE: Jorge de Santana Santos
SETOR: Onf. Ortopédica ENF. 401 LEITO 401.1

30/01/2021
10:45h

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

Aspectos socioeconômicos: O paciente em tela é natural de Uiraúna, Ceará, solteiro, 4 filhos, sem renda estudou até 8ª série, possui com genitora no povoado Belas, residência própria com acesso a água tratada e energia elétrica. Ainda familiar fixo e contribui com a OI da genitora, não possui renda regular do ACS.

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

Segue sem queixas e preocupações da equipe multiprofissional. Hélica Nascimento, Assistente Social, CRESS/SE 2044

Foram dadas orientações sobre normas e rotinas.

31/1/21

Paciente comunicou no consultório a acompanhante, aguardar transição

Silvia Alexandra
Assistente Social
CRESS/SE 1709

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 foi chamado para fazer cirurgia.

NR
CRESS/SE 2019

NOME
JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
21233029 - SSP - SE

CPF
020.003.675-00

DATA NASCIMENTO
28/11/1985

FILIÇÃO
JOSE LUIZ ROSA
LUIZETE SANTOS DE
OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

IF REGISTRO
04659447376

VALIDADE
07/01/2024

IF HABILITAÇÃO
02/06/2009

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Jose Marcos de Oliveira Rosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
08/01/2019

Luizana Carolina Dória Chagas de Melo
Luizana Carolina Dória Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE

59018844231
52021769567

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1749963409

PROIBIDO PLASTIFICAR
1749963409

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO SERVIDOR DE FOMENTO
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** TIPO/FATOR/RH *******
NACIONALIDADE
ARACAJU / SE
OBSERVAÇÃO
Sem Observações.

Jorge de Santana Santos
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. SECTOR CTRC SÉRIE UF
***** **

RUI/PO/PAGEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH CNH
***** **703007869218072**

F-053

Jeslton de Jesus Gomes
JESLTON DE JESUS GOMES
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

F-052



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) Brasileira (profissão) Juradada, 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) Jose M. de O. Rosa
(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
amplos 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

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2020

Titular do CPF: JORGE DE SANTANA SANTOS

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 BERTOI
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTOI