



HOSPITAL
Santa Rita

HOSPITAL SANTA RITA LTDA

FICHA MÉDICA DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente.....: BRUNO PEREIRA BORNIA ROCINI

Data de Nascimento...: 15/12/1994

Sexo: Masculino

Idade.....: 22 anos 9 meses e 17 dias

Data Cadastro: 16/07/2008

FICHA MÉDICA

Paciente trazido pela mãe, deambulando referindo acidente automobilístico (moto x pedestre), onde estava conduzindo a moto.

Refere algia de forte intensidade em tornozelo esquerdo, o qual já possui fratura previa com platina.

Nega TCE

Nega demais queixas.

Ao exame:

beg, che aaa

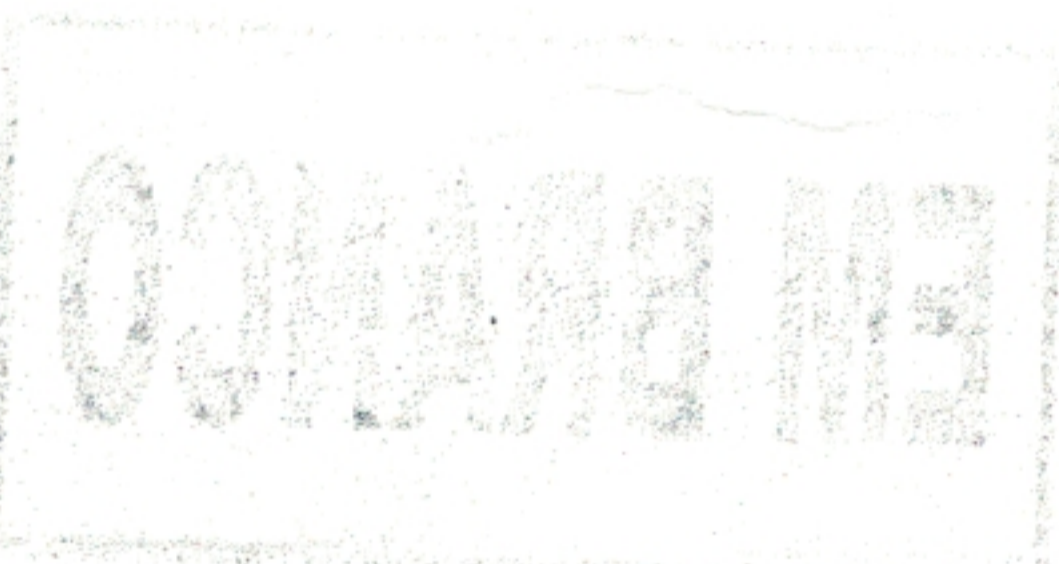
BRNF 2T S/ SOPRO

MV + bilateralmente s/ ra

ext: bpp

CD: analgesia

solicito rx de tornozelo, pe e perna E.



07/09/2017 - 01:51:01 - CRM: 008659 - CAROLINE BRANDI MOLINA (HSR)

Rx de tornozelo: fratura de fibula distal esquerda
fratura de 1° metatarso à esquerda

Entro em contato com Dr. Andre Vidigal (ortopedista) e envio fotos do rx do paciente, que orienta colocação de tala em tornozelo E e encaminhar ao ambulatorio de ortopedia, sem outras condutas no momento.

CD: tala gessada

encaminho ao amb ortopedia

07/09/2017 - 03:31:18 - CRM: 008659 - CAROLINE BRANDI MOLINA (HSR)

DM
HOSPITAL SANTA RITA LTDA
Diego Morales
Supervisor de Atendimento
Hospital Santa Rita
Autografo em
8/9/2017



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DATA: _____ HORÁRIO: _____ SENHA: _____

***IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE**
UNIDADE: HOSPITAL DA VIDA
MUNICÍPIO: DOURADOS MS
TELEFONE E FAX: (67) 3420 7800

***IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**
NOME: BRUNO PEREIRA BORNIA ROCINI

PRONTUARIO: _____
ENDEREÇO: _____

DATA NASC: 15/12/1994 IDADE: 22 SEXO: M TELEFONE: _____

CPF: _____ CARTÃO SUS: 704005366090161
NOME DA MÃE: ANDRESSA PEREIRA BORNIA ROCINI

SETOR: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

SOLICITO SENHA DE INTERNAÇÃO

***JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

QUÍTXA/H.D/EX. FÍSICO/EX. LABORATORIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTA UNIDADE COM TRAUMATISMOS DO TORNOZEIRO.
DATA INTERNAÇÃO: 17/09/2017- DRº ALEXANDRE BRINO CASSARO- ORTOPEDISTA.

***MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

SOLICITO SENHA DE INTERNAÇÃO

***PROFISSIONAL QUE ENCAMINHOU**

NOME: EDGAR MONTIEL CRM: 7035

DATA: 17/09/2017 HORÁRIO: 15:00

ASSINATURA E CARIMBO

***RESPOSTA DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA**

NOME DO HOSPITAL: _____

() TRANSFERÊNCIA AUTORIZADA ASSINATURA E CARIMBO DATA: ___/___/___ ÀS ___:___ HORAS

() TRANSFERÊNCIA NÃO AUTORIZADA ASSINATURA E CARIMBO DATA: ___/___/___ ÀS ___:___ HORAS

MOTIVO (S):

Dr. Gabriel Mamede

Médico Regulador / Autorizador

CRM/MS 7230

17/09/17 - BORNIA 6206 9 20



Antecedentes Epidemiológicos	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal	
	49 Razão Social (Nome da Empresa)			
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente 12 H (hora) M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)	
	52 UF MS	53 Município de Ocorrência do Acidente Dourados	Código (IBGE) 500370	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) CID 10
	55 Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	57 Se Sim, Quantos
	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		59 Data do Atendimento	
Dados do Atendimento Médico	61 Município do Atendimento Dourados	Código (IBGE) 500370	62 Nome da U. S de Atendimento Hosp. da Vida	Código
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08-Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado		64 Diagnóstico da Lesão CID 10	65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado
	66 Evolução do Caso 1 - Cura 4- Incapacidade total permanente 7- Outro 2 - Incapacidade temporária 5- Óbito por acidente de trabalho grave 9 - Ignorado 3- Incapacidade parcial 6- Óbito por outras causas			
Conclusão	67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado	

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

paciente 22 anos, vítima de acidente de moto, com fratura em tornozelo esquerdo. Segue internado

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde Dourados / Hosp. da Vida		Cód. da Unid. de Sa 500370
	Nome Guilherme Piccolo	Função Téc. em enf.	Assinatura <i>[assinatura]</i>

Acidente de Trabalho Grave Sinan Net SVS 27/09/20

SUS - DAM

R. G. O.



Unidade Hospitalar
 UPA
Unidade de Pronto Atendimento

Clínica: _____ Enf.: _____ Sala: _____ Leito: _____

Paciente: _____ Matrícula: _____

Relatório Geral de Operações

Data: ____ / ____ / ____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO _____

RISCO OPERATÓRIO _____

PULSO ANTES _____ DEPOIS _____

PRESSÃO ANTES _____ DEPOIS _____

OPERAÇÃO _____

POR DIAG. _____

OPERADOR _____

INÍCIO: _____ FIM _____ DURAÇÃO _____

1º AUXILIAR _____ 2º AUXILIAR _____

3º AUXILIAR _____ INSTRUMENTADOR _____

ANESTESIA _____ ANESTÉSICO _____

ANESTESISTA _____

MEDICAÇÃO NA SALA DE OPERAÇÃO _____

ACIDENTES _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO _____

PACIENTE ANESTESIADO BLOQUEIO, LIMPEZA MECANICA MAIS ANTISSEPCIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS, TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO A ESQUERDA COM PARAFUSO DE ESPONJOSA MALEOLO MEDIAL E PLACA SEMITUBULAR E 6 PARAFUSOS PARA OSTEOSINTESE SUTURA DE PELE E CURATIVO

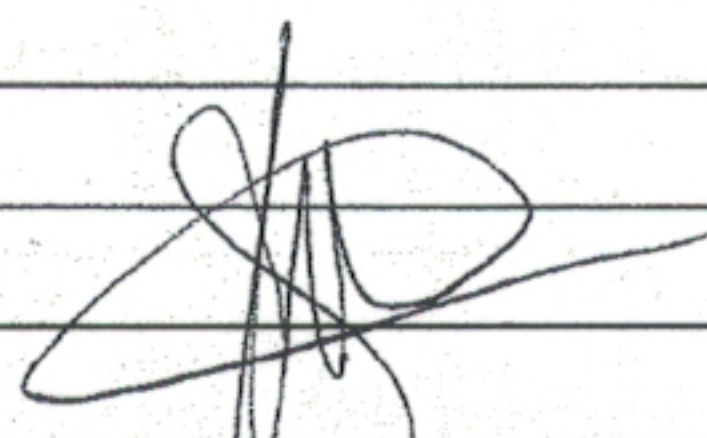
SUTURAS _____

DRENAGEM _____ FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

DIAG. OPERATÓRIO _____

PEÇA OPERATÓRIA _____

OUTROS DADOS _____


Dr. Alexandre B. Cassaro
Ortopedista
CRM 2994



FUNDAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE DOURADOS - FUNSAUD



Sistema Único de Saúde

Unidade Hospitalar

UPA
Unidade de Pronto Atendimento

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> USO PRÓTESE, ÓRTESE |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI | <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | <input type="checkbox"/> LONGA PERMANÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> VACINA ANTI R h | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA R. N. | <input type="checkbox"/> |

Hospital da vida CNPJ _____
 Paciente Guano Pereira Bormio Nº AIH _____
 Procedimento Anterior _____ Procedimento Solicitado _____
 Médico Solicitante _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

1-placa semi-tubular 6 furos

□ cortical nº 15

□ " nº 14

Data: 18/09/17

ASS. MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Alexandre B. Cassaro

Ortopedista
CRM 2994

AUDITOR:

Data:

ASSINATURA - CPF

Definição de caso: São consideradas acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no per casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal q informal de trabalho. São considerados Acidentes de Trabalho Graves aqueles que resultam em morte, aqueles que res mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.
*Acidente de trabalho fatal: é quando o acidente resulta em óbito imediatamente ou até 12 horas após sua ocorrência.
*Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (pou traumatismos, amputações, esmagi traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão da medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução tempo permanente da capacidade para o trabalho.
*Acidentes de trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/cença: ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

3 Data da Notificação: 20/09/2017

4 UF: 09 | 5 Município de Notificação: Caracás | Código (IB): 50002

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): Hospital da Vida | Código: 5610004 | 7 Data do Acidente: 17/09/17

Notificação Individual

8 Nome do Paciente: Bruno Pereira Bernia Reini | 9 Data de Nascimento: 15/12/1994

10 (ou) idade: 22 | 11 Sexo: M - Masculino | 12 Gestante: Não

13 Raça/Cor: Branco

14 Escolaridade: 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS: 3041005366090164 | 16 Nome da mãe: Anderson Pereira Bernia Reini

Dados de Residência

17 UF: 09 | 18 Município de Residência: Caracás | Código (IBGE): 500370 | 19 Distrito:

20 Bairro: St. Paulista | 21 Logradouro (rua, avenida,...): R. José Vicente Ferreira | Código:

22 Número: 3175 | 23 Complemento (apto., casa, ...): | 24 Geo campo 1:

25 Geo campo 2: | 26 Ponto de Referência: | 27 CEP:

28 (DDD) Telefone: 0719919714015 | 29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 0 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil):

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação: Manter de damas

32 Situação no Mercado de Trabalho: 01- Empregado registrado com carteira assinada 02- Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário 05- Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08- Trabalho temporário 09- Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99- Ignorado

33 Tempo de Trabalho na Ocupação: 4 | 34 Local Onde Ocorreu o Acidente: 1- Instalações do contratante 2- Via pública 3- Instalações de terceiros 4- Domicílio próprio 9- Ignorado

Dados da Empresa Contratante

35 Registro/ CNPJ ou CPF: | 36 Nome da Empresa ou Empregador:

37 Atividade Econômica (CNAE): | 38 UF: | 39 Município: | Código (IB):

40 Distrito: | 41 Bairro: | 42 Endereço:

43 Número: | 44 Ponto de Referência: | 45 (DDD) Telefone:

46 O Empregador é Empresa Terceirizada: 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

FUNSAUD

ATESTADO MEDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE BRUNO PEREIRA BORNIA ROCINI
FILHO DEVERÁ PERMANECER AFASTADO (A) DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS
PELO PERÍODO DE 60 (sessenta) DIAS A PARTIR DO DIA 12/09/17.

CID: S 82.4



DR ALEXANDRE BRINO CASSARO

CRM 2994 MS

Dourados, 21 de setembro de 2017



HOSPITAL
Santa Rita

HOSPITAL SANTA RITA LTDA

FICHA MÉDICA DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente.....: BRUNO PEREIRA BORNIA ROCINI

Data de Nascimento...: 15/12/1994

Sexo: Masculino

Idade.....: 22 anos 9 meses e 17 dias

Data Cadastro: 16/07/2008

FICHA MÉDICA

Paciente trazido pela mãe, deambulando referindo acidente automobilístico (moto x pedestre), onde estava conduzindo a moto.

Refere algia de forte intensidade em tornozelo esquerdo, o qual já possui fratura previa com platina.

Nega TCE

Nega demais queixas.

Ao exame:

beg, che aaa

BRNF 2T S/ SOPRO

MV + bilateralmente s/ ra

ext: bpp

CD: analgesia

solicito rx de tornozelo, pe e perna E.

07/09/2017 - 01:51:01 - CRM: 008659 - CAROLINE BRANDI MOLINA (HSR)

Rx de tornozelo: fratura de fibula distal esquerda
fratura de 1° metatarso à esquerda

Entro em contato com Dr. Andre Vidigal (ortopedista) e envio fotos do rx do paciente, que orienta colocação de tala em tornozelo E e encaminhar ao ambulatorio de ortopedia, sem outras condutas no momento.

CD: tala gessada

encaminhado ao amb ortopedia

07/09/2017 - 03:31:18 - CRM: 008659 - CAROLINE BRANDI MOLINA (HSR)

DM
HOSPITAL SANTA RITA LTDA
Diego Morales
Supervisor de Atendimento
Hospital Santa Rita
Autografo DM
38150182